



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XLIX Reunión Virtual de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venereología 28 y 29 de mayo de 2021

Conferencias Científicas

1. NOVEDADES EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2021

Petunia Clavo Escribano

Unidad de ITS/ VIH. Centro Sanitario Sandoval, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

En los últimos años aquellas infecciones de transmisión sexual que creíamos iban a disminuir o casi desaparecer han resurgido con más fuerza. Las expectativas de la OMS para el 2021 están muy lejos de la situación actual de estas infecciones. Es un problema complejo que afecta a grupos vulnerables como adolescentes, embarazadas, hombres que tienen sexo con hombres, prostitución.

En esta conferencia se trata de abordar la situación y novedades en varios campos de las ITS.

La charla está dividida en seis apartados en los que trataré sobre:

1. EL PORQUÉ DE ESTA CHARLA
2. ESTADO DE LAS ITS CLÁSICAS
3. NUEVAS ITS
4. ÚLTIMOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS
5. NOVEDADES EN TRATAMIENTOS
6. PREVENCIÓN

A lo largo de estos apartados se repasarán la prevalencia actual de las ITS, sus variaciones geográficas y el riesgo de determinadas prácticas sexuales. También sobre el impacto en la salud poblacional; niños, adolescentes y adultos. El problema que supone la sífilis en el embarazo con 300.000 muertes fetales y neonatales. El riesgo de infección por el VIH, ya que la presencia de una ITS como sífilis, gonorrea, chlamydia ó virus del herpes simple puede aumentar las posibilidades de contraer esta infección.

Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las ITS comprometen la calidad de vida de las personas infectadas y representan otro problema sobreañadido.

Observamos todos los días en la consulta que nuestros intentos de prevención fracasan, es muy difícil modificar las conductas de riesgo causantes de este aumento constante en la incidencia.

En estos momentos la mejor prevención es un buen tratamiento, rápido, adecuado. Para ello el diagnóstico temprano es fundamental, esto

llevaría consigo la creación de consultas clínicas de ITS, bien dotadas, con profesionales preparados y que éstas dispongan de las últimas técnicas de diagnóstico y tratamiento, permitiendo un fácil acceso a toda la población e incidiendo en los colectivos mas vulnerables.

La educación de los mas jóvenes en este terreno es fundamental, es una asignatura pendiente que entre todos, sanitarios, padres, educadores, medios audiovisuales deberíamos tener presente.

2. PSORIASIS 2021

Laura Salgado Boquete

Unidad de Psoriasis. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

La evolución de la investigación en psoriasis ha proporcionado a lo largo del último año un importante volumen de evidencia científica con gran relevancia práctica. En relación a la patogenia se revisarán las teorías patogénicas más consolidadas (papel central del eje IL23-Th17) pero también nuevos datos sobre la implicación de otras IL como la IL-17F y la IL-36.

Se expondrán las nuevas propuestas de clasificación de la gravedad de la enfermedad, incluyendo la nueva propuesta del GPS de psoriasis moderada.

Con respecto a la terapéutica se revisarán los últimos datos sobre los fármacos ya aprobados (tópicos, moléculas pequeñas y biológicos) y también las nuevas moléculas en desarrollo: inhibidores de PD4 tópicos, deucravacitinib (inhibidor de TYK2) y bimekizumab (anti-IL17 AyF).

Se revisarán asimismo cuestiones relevantes sobre las comorbilidades de la psoriasis y por último se incluirá una actualización sobre psoriasis y COVID-19.

3. MANEJO DEL ACNÉ DE LA MUJER ADULTA Y ESTADOS DE HIPERANDROGENISMO

Cristina Eguren

Clínica Eguren Dermatología y Estética. Madrid

La diferencia fundamental entre el acné vulgar y el acné de la mujer adulta es la influencia hormonal, que es fisiológica y en princi-

pio temporal en el acné vulgar y patológica y con tendencia a persistir en el acné de la mujer adulta. Por tanto, a la hora de abordar el acné de la mujer adulta habrá que controlar esa influencia hormonal alterada y para ello disponemos de diversas opciones terapéuticas con efecto anti-andrógeno.

4. MANEJO PRÁCTICO DE LAS DERMATOSIS PARANEOPLÁSICAS

Manuel Almagro Sánchez

Servicio de Dermatología. Complejo Universitario Hospitalario. A Coruña

Las dermatosis paraneoplásicas (DPN) se definen como aquellas que se asocian a una neoplasia sin existir invasión tumoral ni metástasis en la piel. Se producen por la acción de proteínas, hormonas, citoquinas, mecanismos inmunitarios, factores de crecimiento, mecanismos de comunicación intercelular. Para su aceptación deben cumplir los criterios de Curth modificados por Mc Lean que tienen varios puntos en común como el comienzo simultáneo de ambas condiciones, su curso paralelo y la desaparición de la dermatosis cuando lo hace la neoplasia. Suelen tener baja frecuencia en la población general, pero es mayor cuando se asocian ambas condiciones. Es habitual que la neoplasia sea específica para cada paraneoplasia. Se excluyen las dermatosis de causa genética. Las DPN obligadas son las que se asocian siempre a cáncer, mientras las facultativas lo están solo en ocasiones. En el manejo práctico de las DPN, el dermatólogo debe basarse en tres preguntas: ¿Qué signos cutáneos tengo que buscar para reconocer las DPN?. ¿Qué neoplasias tengo que buscar en cada entidad?. ¿Qué tengo que hacer para encontrarlas?

Las dermatosis paraneoplásicas más comunes son:

Acroqueratosis paraneoplásica de Bazex.

Acantosis nigricans.

Paquidermatoglifia

Ictiosis adquirida Eritema necrolítico Eritema gyratum repens

Pénfigo paraneoplásico (síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico)

Dermatomiositis

Hipertricosis lanuginosa adquirida

Otras dermatosis pueden asociarse a neoplasia pero no cumplen los criterios de DPN como las dermatosis neutrofilicas, la amiloidosis, el prurito, la eritrodermia, la tromboflebitis migratoria o algunas genodermatosis como el síndrome de Howel-Evans.

El reconocimiento de los signos cutáneos de las DPN es clave para que los dermatólogos podamos contribuir al diagnóstico precoz de una neoplasia oculta muertes fetales y neonatales. El riesgo de infección por el VIH, ya que la presencia de una ITS como sífilis, gonorrea, chlamydia ó virus del herpes simple puede aumentar las posibilidades de contraer esta infección.

Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las ITS comprometen la calidad de vida de las personas infectadas y representan otro problema sobreañadido.

Observamos todos los días en la consulta que nuestros intentos de prevención fracasan, es muy difícil modificar las conductas de riesgo causantes de este aumento constante en la incidencia.

En estos momentos la mejor prevención es un buen tratamiento, rápido, adecuado. Para ello el diagnóstico temprano es fundamental, esto llevaría consigo la creación de consultas clínicas de ITS, bien dotadas, con profesionales preparados y que éstas dispongan de las últimas técnicas de diagnóstico y tratamiento, permitiendo un fácil acceso a toda la población e incidiendo en los colectivos mas vulnerables.

La educación de los mas jóvenes en este terreno es fundamental, es una asignatura pendiente que entre todos, sanitarios, padres, educadores, medios audiovisuales deberíamos tener presente.

Comunicaciones libres

1. EFECTOS ADVERSOS DE LA INMUNOTERAPIA: NUESTRA EXPERIENCIA

D. Soto-García, H. Jin Suh-Oh, M. Oro-Ayude, C. Couselo-Rodríguez, S. Martínez-Fernández y Á. Flórez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria Pontevedra O Salnés. España.

El uso de la inmunoterapia, como los inhibidores del punto de control inmunitario, ha transformado el panorama del tratamiento en el melanoma, así como en muchos otros cánceres. Debido a su capacidad para potenciar respuestas inmunes específicas contra el tumor, estos tratamientos pueden conseguir respuestas tumorales duraderas. Sin embargo, esta activación inmune conlleva una serie de efectos adversos característicos distintos de los causados por otras terapias oncológicas. La piel es uno de los órganos más frecuentemente afectados y puede ofrecer información pronóstica. Presentamos una serie de seis pacientes con efectos adversos cutáneos inmunomediados debidos a estos nuevos tratamientos: tres casos de pacientes con melanoma y un paciente con carcinoma de laringe que recibieron tratamiento con nivolumab y desarrollaron lesiones vitiligoideas, un caso de lesiones psoriasisiformes en relación con pembrolizumab para tratar un cáncer de pulmón y un paciente con carcinoma renal que desarrolló un penfigoide ampolloso durante el tratamiento con nivolumab.

2. MELANOMA MÁS ALLÁ DEL CONFINAMIENTO: IMPACTO DEL COVID19 EN LA DETECCIÓN DEL MELANOMA

P. Gil-Pallares, L. Taboada Paz, C. González Moure, O. Figueroa Silva, F. Piñeyro Molina, B. Monteagudo, I. Castiñeiras Mato y C. de las Heras Sotos

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. España.

Antecedentes y objetivos. La pandemia de COVID19 y el consiguiente confinamiento limitaron la actividad asistencial presencial, lo que podría traducirse en un retraso en el diagnóstico de diferentes neoplasias cutáneas, incluyendo melanomas, con la posibilidad de un empeoramiento en el pronóstico. El objetivo principal del presente estudio es comparar el número y características de los melanomas diagnosticados en los primeros 6 meses tras el inicio del confinamiento con el mismo periodo del año 2019, y de los 6 meses siguientes con el mismo periodo del año previo, a fin de conocer la repercusión inmediata y a medio plazo del COVID19 en el diagnóstico y pronóstico de los melanomas identificados en este periodo.

Materiales y métodos. Estudio observacional retrospectivo de 120 melanomas diagnosticados entre el 14 de marzo de 2019 y el 14 de marzo de 2021 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Los datos fueron recogidos de los archivos de Anatomía Patológica. Se realizó la comparación entre los 6 primeros meses tras el inicio del confinamiento y los 6 meses siguientes con los mismos periodos del año anterior, respectivamente.

Resultados. En el primer periodo evaluado no se han demostrado diferencias en cuanto a las características clínicas o patológicas de los melanomas diagnosticados. En el segundo periodo tampoco hubo diferencias en cuanto a incidencia o localización del melanoma, proporción de melanomas in situ e invasivos ni presencia de ulceración o mitosis. En contraposición, se observó un aumento significativo del índice de Breslow y modificación de la estadificación según la AJCC en los melanomas invasivos del segundo periodo en el año 2020-2021 con respecto al año previo.

Conclusiones. Hemos objetivado un aumento del índice de Breslow en los melanomas invasivos en el segundo semestre tras el confinamiento que asoció un incremento del estadio tumoral, sin observar un aumento en la progresión de los melanomas in situ a fase invasiva. Esto indica que un potencial retraso de 6 meses en el diagnóstico de melanomas invasivos se relacionaría con una estadificación más avanzada, pero no condicionaría el pronóstico de los melanomas in situ.

3. BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE ALTA TASA DE DOSIS COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE PARA QUELOIDES RESISTENTES

I. Rego Campuzano^a, J. del Pozo Losada^a, N. Martínez Campayo^a, J.A. Ramos Hernández^b y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ^bServicio de Radioterapia. Centro Oncológico de Galicia. España.

Introducción. Los queloides son lesiones fibroproliferativas que afectan a la calidad de vida del paciente por el dolor, el prurito o la alteración estética. Debido a la resistencia al tratamiento y a la alta tasa de recurrencia, múltiples terapias se han planteado sin llegar a un consenso sobre la más adecuada. Proponemos la exéresis seguida de braquiterapia intersticial de alta tasa como un método eficaz y seguro para su tratamiento.

Caso clínico. Varón de 28 años con historia de acné severo tratado con retinoides con posterior formación de queloides en espalda y escote. Se realizaron múltiples tratamientos durante años (acetónido de triamcinolona, bleomicina y láser CO₂) sin conseguir respuesta adecuada, por lo que se propuso exéresis seguida de braquiterapia intersticial. Tras la escisión de los queloides, se colocó un catéter flexible a lo largo de la herida quirúrgica, a 0,5 cm de profundidad, que actuó como vehículo de la radiación. Se usó un esquema fraccionado en 2 sesiones en días consecutivos, comenzando en el postoperatorio inmediato. Se aplicaron 6,5 grays (Gys) por sesión, con iridio-192 como fuente. Durante el postoperatorio se evidenció radiodermatitis leve. Se consiguió respuesta total con aplanamiento de las cicatrices, desapareciendo el dolor y el prurito, con un resultado estético aceptable, sin recidiva tras 10 meses de seguimiento.

Discusión. La radioterapia es considerada una de las técnicas de elección para el tratamiento de queloides resistentes, debido al efecto tóxico sobre el endotelio y a la producción de apoptosis fibroblástica. Se ha demostrado que el tratamiento con braquiterapia intersticial de alta tasa es igual de eficaz y con menor frecuencia de efectos secundarios que la radioterapia externa, principalmente en aquellos queloides de gran tamaño o en localizaciones difíciles. Actualmente se prefieren esquemas fraccionados en 2 sesiones, con una radiación en torno a 6 Gys por sesión, frente a aquellos con más sesiones o mayor dosis de radiación. Los efectos secundarios más habituales, como radiodermatitis leve o retraso de la cicatrización, son por lo general bien tolerados y autolimitados.

Conclusión. La braquiterapia intersticial de alta tasa de dosis adyuvante a cirugía se muestra como un método eficaz para el tratamiento de queloides resistentes, bien tolerado por el paciente y con una baja frecuencia de recidivas.

4. RECONSTRUCCIÓN CON MATRIZ DÉRMICA ÍNTEGRA EN MELANOMAS ACRALES PLANTARES

C. González Moure^a, P. Gil Pallares^a, L. Taboada Paz^a, T. Usero Bárcena^a, L. Rosende Maceiras^a, S. Peña López^a, O. Figueroa Silva^a, Ó. Suárez Amor^b y C. de las Heras Sotos^a

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ^bHospital General Juan Cardona. Ferrol. España.

El manejo quirúrgico del melanoma acral plantar suele ser complejo dada la escasa distensibilidad de los tejidos, la necesidad frecuente de realizar extirpaciones con márgenes amplios, así como de alcanzar un buen resultado funcional que permita la deambulación y soporte del peso. El cierre por segunda intención, los injertos, los colgajos locales o los colgajos libres constituyen opciones quirúrgicas para la reconstrucción de la planta del pie, influyendo en la elección de una u otra técnica el tamaño del defecto y su localización o no en una zona de apoyo. Presentamos cuatro casos de melanoma de localización plantar en los que se empleó para su reconstrucción posquirúrgica una matriz dérmica artificial (Integra®) con posterior colocación de injerto laminar. Este sustituto dérmico estimula la regeneración del tejido autólogo y proporciona un adecuado soporte que facilita la viabilidad del injerto en defectos profundos, con una baja proporción de complicaciones. A pesar de su elevado coste y de que requiere dos tiempos quirúrgicos, representa una alternativa eficaz frente a opciones más complejas e invasivas como los colgajos, puesto que además de facilitar un correcto relleno del defecto, no altera la anatomía de la zona, facilitando el seguimiento de los pacientes.

5. FUEGO EN QUIRÓFANO

C. Buján Bonino, N. Moreiras Arias, M.^a I. Rodríguez Blanco, A. Varela Veiga y M. Ginarte Val

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Introducción. La producción de fuego en el ambiente quirúrgico es un evento adverso que, aunque descrito, es infraestimado por gran parte de profesionales involucrados en quirófono. El oxidante implicado en la mayoría de las reacciones químicas que causan estos incidentes es el oxígeno, por lo que al guardar una estrecha relación espacial con las fuentes suplementarias de este elemento, la cirugía de cabeza y cuello es la que se ve afectada con más frecuencia por este accidente.

Caso. Una mujer de 89 años, durante la intervención quirúrgica de una queratosis actínica situada en vertiente nasal, sufrió una quemadura de segundo grado secundaria a una deflagración accidental durante la cirugía. Esta fue debida al uso de electrobisturí monopolar sobre el lecho quirúrgico, situado a escasos centímetros de las gafas nasales. La quemadura afectó a región centrofacial, incluyendo mentón, zonas malares, puente nasal, fosas nasales y párpados superiores e inferiores. Las lesiones fueron tratadas con curas diarias. La región afecta logró epitelización completa sin secuelas.

Discusión y conclusiones. La ignición se basa en la presencia de tres pilares: un oxidante, una fuente de energía y un material circundante que funcione como combustible. El oxidante implicado en el 95% de las deflagraciones quirúrgicas es el oxígeno, cuyas concentraciones elevadas alrededor de las fuentes suplementarias y bajo los paños quirúrgicos actúan reduciendo los niveles de energía desencadenante necesaria y favoreciendo la flamabilidad de los materiales. La fuente de energía más comúnmente involucrada es el electrobisturí, seguido del láser. La conciencia sobre este evento adverso y el conocimiento de sus desencadenantes son esenciales para tomar medidas pertinentes y desarrollo de protocolos para su prevención, como: evitar el uso de electrobisturí a menos de 10 cm de fuentes de oxígeno activas, interrumpir el flujo de oxígeno al menos un minuto antes de emplear el electrobisturí en las proximidades de las cánulas, usar paños con abertura centrofacial y prescindir en la medida de lo posible del uso de mascarilla quirúrgica para impedir la formación de bolsas de altas concentraciones de oxígeno bajo las coberturas, y dejar secar completamente las soluciones antisépticas utilizadas sobre la piel del paciente antes de usar fuentes de energía sobre ella.

6. COLGAJO EN HÉLICE DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PARA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO QUIRÚRGICO EN EL PÁRPADO INFERIOR

Ó. Suárez Amor

Clinica Privada. Hospital General Juan Cardona. Ferrol. España.

Introducción. Los defectos quirúrgicos del párpado inferior suponen un desafío reconstructivo principalmente por el riesgo de ectropión. Cuando el cierre directo no es posible, las principales opciones reconstructivas incluyen los distintos tipos de colgajos o un injerto de piel total.

Material y método. Se presenta el caso de un varón de 63 años con un defecto ovalado, de aproximadamente 15 mm, afectando a la porción externa del párpado inferior tras la exéresis de un carcinoma basocelular. Se diseñó un colgajo en hélice basado en la piel adyacente del párpado y la mejilla, con un ángulo respecto al defecto quirúrgico de unos 180° y con unas dimensiones algo inferiores al tamaño del defecto. Se realizó una disección cuidadosa del pedículo subcutáneo y posterior rotación del colgajo en el defecto quirúrgico.

Resultado. El resultado funcional y estético fue bueno.

Discusión y conclusiones. El colgajo en hélice es una opción reconstructiva menos conocida que otro tipo de plastias que, sin embargo, ofrece unos resultados funcionales y cosméticos excelentes en defectos palpebrales.

7. MALFORMACIONES GLOMOVENOSAS MÚLTIPLES: DOS CASOS FAMILIARES

C. Couselo-Rodríguez^{a,b}, A. Batalla^{a,b}, B. González-Sixto^{a,b}, C. Álvarez-Álvarez^{b,c}, L. Loidí^d, M. Oro-Ayude^{a,b}, D. Soto-García^{a,b}, S. Martínez-Fernández^{a,b} y Á. Flórez^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^bGrupo de Investigación DIPO. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ^dFundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. España.

Las malformaciones glomovenosas (anteriormente conocidas como glomangiomas) son un tipo de malformaciones vasculares caracterizadas por la presencia de células glómicas. Aunque se han descrito casos esporádicos, en la mayoría de los pacientes existe un patrón de herencia autosómica dominante, habiéndose reportado aproximadamente 40 mutaciones en el gen de la glomulina (GLMN, 1p21-22). Las mutaciones en este gen tienen una penetrancia incompleta y una expresividad variable. Se ha postulado que las lesiones cutáneas se producen por un “segundo impacto” somático en el gen. Clínicamente, las malformaciones glomovenosas pueden presentarse como máculas, placas o pápulas agrupadas, con aspecto en empedrado, de coloración rojiza, azulada o violácea, pudiendo ser únicas o múltiples. Las lesiones suelen desarrollarse en la infancia e ir aumentando en número y tamaño progresivamente, aunque también se han descrito casos congénitos con resolución espontánea. Presentamos dos casos familiares de malformaciones glomovenosas, confirmadas por estudio histológico, en dos pacientes sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni existencia de consanguinidad.

Caso 1. Varón de 16 años con lesión en tobillo derecho de 10 años de evolución. A la exploración presentaba una placa violáceo-azulada con aspecto en empedrado en dicha localización, así como múltiples máculas de la misma coloración en tronco. En el estudio genético se halló la mutación en el gen de la glomulina c.1319G>A. En la exploración cutánea a familiares de primer grado se observaron

máculas azuladas milimétricas en el padre, encontrándose la misma mutación que en el hijo.

Caso 2. Mujer de 5 años con lesión congénita en hombro derecho y aparición progresiva de otras lesiones en tronco. A la exploración presentaba una placa de coloración azulada en hombro derecho, así como lesiones de características similares pero de menor tamaño en costado derecho y antebrazos. El estudio genético mostró la mutación en el gen de la glomulina c.1214+2T>C. El hermano de la paciente también presentaba lesiones similares, pendiente del estudio genético.

Consideramos de interés el conocimiento y adecuado diagnóstico de esta entidad, ya que clínicamente puede plantearse el diagnóstico diferencial con malformaciones venosas o con el síndrome de nevus azul en tetina de goma. A diferencia de este último, las malformaciones glomovenosas raramente afectan a mucosas o al tracto gastrointestinal, por lo que su diagnóstico evitará la realización de pruebas invasivas. Filiar la mutación en el gen de la glomulina nos permitirá hacer consejo genético en pacientes y familiares.

8. LESIONES PIGMENTADAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON MELANOMA A TRATAMIENTO CON NIVOLUMAB

N. Moreiras Arias^a, P. Pérez Feal^a, L. Sainz Gaspar^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y D. Sánchez-Aguilar Rojas^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Introducción. Nivolumab es un anticuerpo monoclonal que se une al receptor de muerte programada PD-1 bloqueando la unión con sus ligandos, provocando así un estímulo en la respuesta inmune mediada por células T frente al melanoma.

Material y método. Paciente mujer de 58 años diagnosticada de un melanoma de extensión superficial en flanco derecho pT4b-N2cM0 (estadio IIIC) que se encontraba en tratamiento con nivolumab a dosis de 6 mg/kg cada 4 semanas. Tras 5 meses de tratamiento, se detectan varias lesiones milimétricas de tonalidad azulada distribuidas por la cicatriz de la intervención, fosa ilíaca derecha y área periumbilical.

Resultados. Con la sospecha clínica de metástasis cutáneas de melanoma se realizó biopsia de 2 lesiones, demostrándose en el estudio anatomopatológico acúmulos dérmicos de melanófagos con abundante melanina rodeados de un infiltrado inflamatorio linfocítico. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para CD68 y negativo para marcadores de estirpe melanocítica como Melan-A, HMB-45 y SOX-10. Se estableció el diagnóstico de melanos tumorales y se descartó progresión de la enfermedad mediante PET-TAC.

Discusión. La melanos tumorales se caracteriza por agregados de melanófagos con abundante melanina localizados en dermis, tejido celular subcutáneo o tejido ganglionar sin presencia de melanocitos. Recientemente se ha descrito en pacientes con melanoma metastásico en tratamiento con inmunoterapia (principalmente pembrolizumab y menos frecuentemente nivolumab e ipilimumab) o inhibidores de BRAF. Su pronóstico todavía no está claro debido a los pocos casos existentes y la ausencia de seguimiento a largo plazo. Se cree que el mecanismo responsable podría ser un aumento de la apoptosis mediada por células T. Así, las lesiones observadas en nuestra paciente podrían corresponder a células tumorales en tránsito no detectadas en el estudio de extensión y que habrían sido destruidas por la respuesta inmune secundaria a nivolumab.

Conclusión. La melanos tumorales asociada al melanoma avanzado bajo tratamiento inmunoterápico es una entidad infrecuente con muchas incógnitas todavía por resolver, por lo que en estos pacientes se recomienda realizar un seguimiento estrecho.

9. HEMANGIOMAS CAPILARES COMO EFECTO PARADÓJICO DE RAMUCIRUMAB, UN TRATAMIENTO ANTIANGIOGÉNICO ANTI-VEGFR-2

A. Taibo Martínez, J. del Pozo Losada, F. Sacristán Lista, S. Paradela de la Morena, E. Fonseca Capdevilla

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España

Introducción. La inhibición de la angiogénesis es una diana terapéutica eficaz en numerosas neoplasias. El ramucirumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 dirigido contra el dominio extracelular del receptor tipo 2 del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGFR2), indicado como antiangiogénico en cáncer gástrico, colorrectal pulmón no microcítico y hepatocelular.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 77 años que tras dos meses de tratamiento con paclitaxelramucirumab por un adenocarcinoma gástrico localmente avanzado y en progresión, desarrolla dos lesiones vasculares: un granuloma piogénico y un hemangioma.

Discusión. El desarrollo de nuevas lesiones proliferativas benignas o malignas es un potencial efecto adverso de varias terapias dirigidas, ya sea como efecto paradójico o por toxicidad genética. Estudios in vitro indican que una mutación somática activadora en el VEGFR2 inducida por el propio fármaco podría ser la causa, de forma similar a lo que ocurre en los queratoacantomas con HRAS mutado en pacientes tratados con inhibidores de BRAF.

Conclusiones. Las nuevas terapias biológicas van a condicionar efectos secundarios dermatológicos no conocidos. En pacientes tratados con fármacos antiangiogénicos habrá que prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones de origen vascular.

10. MÁCULAS DE BIER, CIANOSIS Y ERUPCIÓN URTICARIFORME: SÍNDROME BASCULE

P. Pérez-Feal, M. López-Pardo Rico, M. Pousa-Martínez, E. Rosón-López e I. Vázquez-Osorio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción. El síndrome BASCULE es una entidad benigna de reciente descripción caracterizada por máculas de Bier, cianosis y una erupción urticariforme.

Casos clínicos. Presentamos cuatro casos de síndrome BASCULE: tres mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre 12 y 34 años y sin antecedentes personales de interés. Referían un cuadro clínico que comenzaba tras 5-10 min en bipedestación y consistía en lesiones pruriginosas en extremidades inferiores. A la exploración, se objetivaron habones eritematoanaranjados rodeados de un halo blanquecino periférico, alternando con máculas hipocrómicas compatibles con máculas de Bier, situadas sobre piel de aspecto cianótico. Las lesiones se resolvían en sedestación o con el movimiento sin dejar pigmentación residual. Durante los episodios, a ninguno de los pacientes se les detectó taquicardia o hipotensión. Se realizó el análisis inmunológico en tres pacientes con resultado negativo. Asimismo, el estudio cardiológico descartó la coexistencia de un síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS).

Discusión. El síndrome BASCULE, también conocido como síndrome Marshall-White, es una entidad benigna que afecta principalmente a niños y adolescentes. La clínica se inicia con la bipedestación o se induce con la compresión manual. Puede ser asintomática o asociar prurito, edema o dolor. Respecto al mecanismo fisiopatológico, se postula que la causa de la cianosis sea el acúmulo de sangre venosa debida al ortostatismo. Añadido a esto, la reacción de vasoconstricción exagerada de los vasos sanguíneos podría explicar la existencia de máculas de Bier. Por último, la reacción urticarial paradójica se cree que es debida a la vasoconstricción local o a la hipoxia. Se ha relacionado con otras manifestaciones sistémicas, como el síndrome POTS, caracterizado por intolerancia al ortostatismo con aumento de la frecuencia cardíaca; clínicamente, los pacientes

manifiestan palpitaciones, mareo, debilidad en piernas y episodios sincopales. En ninguno de nuestros casos se cumplían estas condiciones.

Conclusión. Presentamos cuatro casos de síndrome de BASCULE, una entidad de reciente descripción y probablemente infradiagnosticada. Ante este diagnóstico debemos descartar manifestaciones sistémicas, como síndrome POTS.

11. VARÓN ADULTO VIH POSITIVO CON LESIONES EN GLANDE

L. Taboada Paz^a, C. González Moure^a, A. Vilas Sueiro^a, T. Usero Bárcena^a, C. Durana Tonder^b, H. Álvarez Díaz^c y C. de las Heras Sotos^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica.

^cServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. España.

Introducción. En el contexto de la inmunosupresión inducida por el VIH puede presentarse un amplio espectro de enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. Con frecuencia los hallazgos cutáneos se relacionan con el estado inmunitario del paciente; tras el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR) estos pueden aparecer de novo o agravarse (en el escenario de un síndrome inflamatorio de reconstitución inmune) aunque en líneas generales el TAR ha reducido la frecuencia y gravedad con la que se presentan ciertas afecciones cutáneas en los pacientes VIH positivos.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 41 años remitido a nuestro servicio por la aparición de varias lesiones asintomáticas en glande de 5 meses de evolución que han ido aumentando en número y tamaño. Clínicamente se identifican 5 lesiones papulosas en glande, discretamente induradas. No se aprecian lesiones en otras localizaciones de la superficie corporal ni en mucosas. Se trata de un paciente VIH positivo en tratamiento con abacavir/lamivudina/ rilpivirina manteniendo supresión viral (carga viral indetectable) y buena respuesta inmunológica (CD4: 447/ mm³). Ante lesiones localizadas en el pene en un paciente con VIH se plantea un amplio número de diagnósticos diferenciales: de tipo infeccioso como verrugas genitales, chancro sífilítico, herpes genital; vascular como angioma, angioqueratoma, dilataciones vasculares; tumoral como carcinoma epidermoide, papulosis bowenoide, sarcoma de Kaposi o angiosarcoma; inflamatorio como psoriasis, liquen escleroso...

Conclusiones. En nuestro caso, además de la evaluación clínica, el estudio ecográfico e histológico de las lesiones nos han permitido confirmar una de las principales sospechas diagnósticas.

12. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA HIPEROXALURIA PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López-Pardo Rico^a, C. Buján Bonino^a, C. Aliste Santos^b, M.^a J. Seoane Pose^a y M.^a D. Sánchez-Aguilar Rojas^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Introducción. Las hiperoxalurias primarias son un grupo de enfermedades metabólicas autosómicas recesivas en las que un defecto enzimático a nivel hepático condiciona una sobreproducción endógena de oxalato, que se deposita a nivel tisular. En la mayoría de los pacientes se manifiesta inicialmente como urolitiasis de repetición y fallo renal. Las manifestaciones cutáneas pueden deberse tanto al depósito de oxalato en la dermis como al daño vascular asociado e incluyen livedo reticularis, úlceras, acrocianosis y gangrena distal.

Material y métodos. Presentamos el caso de una mujer de 59 años diagnosticada de hiperoxaluria primaria receptora de trasplante hepático y renal. La paciente presentaba livedo reticularis

en extremidades. Además, se observaron lesiones ulcerosas y esclerosis en miembros inferiores, así como lesiones necróticas digitales en pies. Se tomaron biopsias de las lesiones mencionadas.

Resultados. La biopsia cutánea reveló hallazgos histológicos concordantes con cristales de oxalato cálcico distribuidos de forma irregular en la dermis y tejido celular subcutáneo. También se apreciaron en pared de vasos de calibre intermedio, aunque no se identificaron dentro de la luz.

Discusión y conclusiones. En pacientes que padecen hiperoxaluria y enfermedad renal avanzada, la oxalosis puede causar lesiones cutáneas que, debido a su inespecificidad, nos plantean el diagnóstico diferencial con otras entidades como la calcifilaxis y la dermatopatía fibrosante nefrogénica. Para ello, es importante la toma de biopsia que incluya tejido celular subcutáneo.

13. PLACA PARDUZCA EN EL HOMBRO DE UN NIÑO DE 12 AÑOS

R. Rodríguez Lojo^a, M.M. Otero Rivas^a, Y. Juárez Casado^a, L. Pérez Varela^a, J. Fernández Vázquez^a, N. Iglesias Pena^a, E. Vázquez^b y M.L. Fernández Díaz^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.

Varón de 12 años de edad, remitido por una lesión en hombro derecho. En la exploración, presentaba una placa parduzca de consistencia elástica en hombro derecho, así como otras 2 lesiones similares, menos aparentes, en región dorsal y cadera derecha. El estudio anatomopatológico mostró que se trataba de schwannomas cutáneos. Como antecedentes médicos personales, presentaba endotropía de ojo izquierdo, alteración de la motilidad del ojo derecho y fibrosis retiniana bilateral; calcificaciones puntiformes intracraneales, displasia cortical temporal derecha y paresia facial derecha. No había antecedentes familiares de interés. Se solicitó estudio genético, confirmándose el diagnóstico de neurofibromatosis tipo 2. La neurofibromatosis tipo 2 en la infancia suele tener una presentación clínica diferente a la del adulto, siendo más frecuente la aparición de schwannomas en otros nervios diferentes al VIII par craneal, así como otras manifestaciones como mononeuropatías, alteraciones oftalmológicas y calcificaciones intracraneales. Los schwannomas cutáneos suelen aparecer a edades tempranas, por lo que una adecuada exploración dermatológica puede orientar hacia el diagnóstico precoz de la enfermedad.