



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

IX Reunión de la Sección Valenciana de la Academia Española de Dermatología y Venereología Virtual, 30 de abril de 2021

Comunicaciones orales

1. HISTIOCITOSIS TRATADAS CON FOTOTERAPIA

M. García-Legaz Martínez, Á. Martínez Doménech, J. Magdaleno Tapial, F. Partarrieu Mejías, A. Pérez Ferriols y A. Casanova Esquembre

Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. Las histiocitosis son un grupo de trastornos proliferativos relacionados con el histiocito. Se dividen en histiocitosis de células de Langerhans e histiocitosis de células no Langerhans.

Material y métodos. Presentamos nuestra experiencia con el tratamiento con fototerapia UVB-BE en dos casos de histiocitosis no Langerhans.

Caso clínico. El primer caso es una mujer de 76 años, con antecedentes personales de leucemia mielomonocítica crónica, remitida a dermatología por aparición en dos meses de lesiones papulares eritematosas, hiperqueratósicas, muy pruriginosas en zona anterior del tronco y zona lumbar. Se realizó una biopsia con diagnóstico de histiocitosis de células indeterminadas. Dada la no mejoría clínica, aumento en número de las lesiones y el prurito de la paciente pese a tratamiento tópico, decidimos iniciar tratamiento con UVB-BE, con desaparición de las mismas y del prurito. El segundo caso es una mujer de 47 años, con antecedentes de hipotiroidismo, vitiligo, déficit de vitamina B12, hipercolesterolemia, alfa-talasemia silente, remitida a dermatología por la aparición rápidamente progresiva de numerosas pápulas color rojo amarillento que comenzaron en región periocular, posteriormente extendiéndose a zonas extensoras de codos, brazos, antebrazos, axilas y escote. La histología e inmunohistoquímica fueron compatibles con el diagnóstico de xanthoma disseminatum. Dado el prurito de la paciente y la importante afectación de la zona facial, decidimos iniciar tratamiento con UVB-BE, observándose mejoría clínica principalmente en dicha zona, con lesiones más aplanadas en el resto de zonas, así como práctica desaparición del prurito.

Discusión. La fototerapia es una técnica útil en ciertas patologías huérfanas de tratamientos efectivos, pudiendo paliar sintomatología

invalitante como el prurito. Presentamos dos casos de histiocitosis no Langerhans tratadas con fototerapia de tipo UVB-BE.

2. EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE BIOPSIAS DE LA ARTERIA TEMPORAL POR UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

J.C. Palazón Cabanes^{a,b}, G. Juan Carpena^{a,b}, A.A. González Ruiz^a, I. Betllloch Mas^{a,b,c} y M. Blanes Martínez^{a,b}

^aDepartamento de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.

^bInstituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISA-BIAL). ^cDepartamento de Dermatología. Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante. España.

Introducción La arteritis de células gigantes es una vasculitis de gran vaso que puede condicionar graves consecuencias para la salud. Para el diagnóstico de esta enfermedad se necesita del estudio directo de la arteria temporal. El dermatólogo, gracias a su amplio conocimiento en cirugía facial, está capacitado para la realización de la biopsia de la arteria temporal.

Objetivo. Se busca describir los resultados obtenidos con las biopsias de la arteria temporal realizadas en nuestro servicio de dermatología, así como determinar aquellos factores capaces de predecir un resultado positivo en la biopsia.

Material y método Se incluyeron en el estudio, de modo retrospectivo, todos aquellos pacientes que habían sido intervenidos de biopsia de la arteria temporal en el departamento de dermatología del Hospital General Universitario de Alicante entre los años 2010 y 2020. Todas las variables recogidas fueron objeto de un análisis descriptivo. Mediante los tests t de Student y Chi cuadrado, se determinó la presencia de asociación entre el resultado de la biopsia y cada una de las variables. Finalmente, se realizó un análisis multivariante para verificar aquellas asociaciones estadísticamente significativas.

Resultados Se incluyó un total de 73 pacientes en el estudio. El resultado de la biopsia fue positivo en 36 de ellos. La velocidad de sedimentación globular, los hallazgos de inflamación vascular en la ecografía Doppler y la longitud de la muestra de arteria temporal recogida se asociaron con el resultado positivo en la biopsia de la

arteria temporal de modo significativo, con valores p de 0,019; 0,027 y 0,008 respectivamente.

Conclusión. El dermatólogo está capacitado para la realización de la biopsia de la arteria temporal, obteniendo resultados similares a los alcanzados por otras especialidades quirúrgicas.

3. HEMANGIOMAS CONGÉNITOS: SERIE DE 15 CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

G. Juan Carpena^a, J.C. Palazón Cabanes^a, A. Botía Paco^a, P. Tallón^b, I. Betloch Más^a y M. Niveiro^c

Servicios de ^aDermatología, ^bRadiología y ^cAnatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción. Los hemangiomas congénitos (HC) son tumores vasculares que están totalmente desarrollados al nacimiento. Según su evolución se clasifican en rápidamente involutivos (RICH), no involutivos (NICH) y parcialmente involutivos (PICH). Se distinguen de los hemangiomas infantiles principalmente por su curso clínico y por ser inmunohistoquímicamente GLUT1 negativos. En los últimos años se ha estudiado sus características en las pruebas de imagen, se ha observado su asociación con coagulopatía, trombocitopenia y riesgo de insuficiencia cardíaca, y se han descrito casos con evolución atípica.

Métodos. Estudiamos retrospectivamente todos los casos de HC diagnosticados en el Hospital General de Alicante desde 2001 hasta la actualidad. Se recogieron datos en relación a las características clínicas, curso natural, histopatología y pruebas de imagen.

Resultados. Se incluyeron 15 pacientes con HC, de los cuales 4 fueron RICH (26,7%), 4 NICH (26,7%), 6 PICH (40%) y uno de diagnóstico indeterminado debido al corto tiempo de evolución. Doce (80%) eran varones. Se presentaron en forma de tumor (80%) o placa única (20%), violácea (73,3%) o azulada (26,7%). Todos menos dos tenían halo claro periférico (86,7%). En 11 se tomó biopsia, resultando el GLUT1 negativo en todos. Se realizó ecografía-doppler en 9 (60%) y RMN de la lesión en 1 (6,7%). En 1 de los 4 pacientes en los que se realizó ecocardiografía se observó fallo cardíaco de alto gasto. En 1 se observó plaquetopenia. En cuatro (26,7%) (NICH o PICH) se observó crecimiento o aumento de las prominencias vasculares a lo largo de la evolución.

Discusión. Aunque actualmente hemos avanzado en el conocimiento de los HC, es preciso continuar profundizando en su estudio, pues todavía quedan aspectos poco claros sobre la evolución, histopatología, presencia de mutaciones, los hallazgos de imagen, las complicaciones y el manejo de estas lesiones.

4. SÍNDROME DE BARRAQUER-SIMONS: UN DIAGNÓSTICO CINCUENTA AÑOS DESPUÉS

H. Gegúndez Hernández, A. Estebanez Corrales, E.M. Sánchez Martínez, F.J. Melgosa Ramos y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Entendemos por lipodistrofia a la redistribución o distribución anómala de grasa del tejido corporal. Se puede clasificar según su etiología en formas congénitas o familiares y adquiridas. Del mismo modo, según su localización, en variantes generalizadas o parciales.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 57 años que acude a nuestro servicio para control de queilitis actínica. Al explorarlo, llama la atención una marcada lipoatrofia facial y torácica y lipohipertrofia abdominal que respetaba MMII. Entre sus principales antecedentes, es VIH negativo y destaca la presencia de un síndrome metabólico complejo con DM tipo II y una dislipemia mixta grave de difícil control. Interrogándole, refiere que el cuadro se inicia con 5 años de forma súbita y fue progresivo hasta los 20 años, sin poder precisar nunca un diagnóstico. En ese momento debuta con LES con hipocomplementemia controlado y actualmente asintomá-

tico. No constaba de antecedentes familiares relevantes. Tras discutir el caso y enlazando todas las piezas, se llega al diagnóstico clínico de síndrome de Barraquer-Simons. Se realiza un lipo-filling facial además de un ajuste endocrino.

Discusión. Las lipodistrofias son un grupo heterogéneo de enfermedades, que no solo se expresan a nivel cutáneo pues generalmente se acompañan de una serie de alteraciones sistémicas metabólicas y endocrinas que dibujan un fenotipo clínico bien definido y donde el dermatólogo puede jugar un papel clave en el diagnóstico. Destacamos el síndrome de Barraquer-Simons, una forma de lipodistrofia parcial adquirida, de comienzo en la infancia y progresiva, que se asocia con la presencia de un síndrome metabólico de difícil manejo, así como al LES y a la glomerulopatía C3. Entre sus opciones reconstructivas, lipo-filling facial de grasa autóloga ofrece excelentes resultados.

5. MELANOMA DESMOPLÁSICO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA Y REVISIÓN DE CASOS

A. Casanova Esquembre, J. Lorca Spröhnle, M. García de Legaz, Á. Martínez Domenech y R. Peñuelas Leal

Consortio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. El melanoma desmoplásico (MD) es un subtipo poco frecuente de melanoma. Afecta principalmente a pacientes de más de 70 años con intenso daño solar y con buena respuesta a inmunoterapia (1-3). Presentamos una mujer de 27 años afecta de un melanoma desmoplásico y neurotrófico que ha supuesto un reto terapéutico, así como también una revisión de 13 melanomas desmoplásicos de nuestro centro.

Caso clínico. Mujer de 27 con lesión infiltrada cicatricial en dorso de nariz cuyo estudio mostró un melanoma desmoplásico y neurotrófico. Tras la realización de cirugía amplia presentó recidiva local que fue resistente a anti-PD1, mostrando respuesta completa a la adición de anti-CTL4.

Resultados. Se han estudiado 13 pacientes (8♂:5♀), edad media 80 años, diagnosticados de MD. La presentación más frecuente fue en forma de nódulo en el cuero cabelludo. Histológicamente se encontraron 7 casos puros y 6 mixtos. Todos presentaron citomorfología fusocelular, el 50% de los mixtos presentó también células epitelioides. El Breslow medio fue de 7,7 mm. Cuatro casos presentaron neurotrófico y todos agregados linfoides. El estudio de extensión con TAC fue negativo en todos los pacientes al diagnóstico, el 15% presentaron ganglio centinela positivo, todos subtipo mixto, y el 30% presentaron recidiva local. El 85% de los puros fueron estadio IIB, tan solo un caso alcanzó el estadio IV. El 50% de los mixtos fue estadio IIB y el otro 50% estadios III y IV. El 20% se sometieron a radioterapia del lecho y el 30% iniciaron tratamiento sistémico con anti-PDL1 y/o anti-CTLA4. Ningún paciente falleció por causa de melanoma, llegando todos libres de enfermedad al momento actual o al fallecimiento por otra causa.

Conclusión. Los MD se presentan en pacientes de edad avanzada con daño solar crónico, con buena evolución. Presentamos caso atípico de melanoma desmoplásico al hasta ahora registrado en nuestro centro.

6. PENFIGOIDE AMPOLLOSO Y ENFERMEDAD NEUROLÓGICA. ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Pons Benavent, S. Porcar Saura, A. García Vázquez, M. Ballesteros Redondo y Á. Revert Fernández

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente. La asociación del PA con enferme-

dad neurológica (EN) es conocida y se fundamenta en la existencia de isoformas neuronales de las proteínas epidérmicas que actúan como antígeno en el PA.

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de las características demográficas, clínicas e inmunológicas de los pacientes con PA diagnosticados en el Hospital Clínico Universitario de Valencia durante el último año y se realizó una comparación de dichas características entre el grupo de PA con EN y el grupo de PA sin EN. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics versión 26.

Resultados. Se incluyeron 18 pacientes con PA, de los cuales 10 presentaban EN (casos) y 8 no lo hacían (controles). En todos los pacientes se determinó la edad, el sexo, la patología neurológica, los resultados de la inmunofluorescencia directa, los títulos séricos de inmunofluorescencia indirecta y los títulos séricos de anticuerpos anti-BP180 y anti-BP230 determinados mediante ELISA. El análisis estadístico no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles respecto a ninguna de las variables mencionadas.

Discusión. La relación entre el PA y la EN está ampliamente descrita. En este sentido, se describen incidencias aumentadas de PA en poblaciones con patología neurológica de distinta índole, como los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer o la esclerosis múltiple, entre otras. Estos hallazgos sugieren que es el propio daño neuronal, independientemente del mecanismo que lo cause, el que se relaciona con el aumento de incidencia de PA. Además, según distintos estudios, existen diferencias escasas tanto a nivel clínico como inmunológico entre los PA asociados a EN y los no asociados a EN. Con el presente trabajo, los autores exponemos las investigaciones realizadas acerca de las características clínicas e inmunológicas propias de los PA asociados a EN en nuestro centro durante el último año.

7. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO NO OCUPACIONAL POR RESINAS EPOXI. REPORTE DE 2 CASOS

V. Dios Guillán, M. Matellanes Palacios, L. Bou Boluda, C. Fernández Romero y J.M. Miquel

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) por resinas epoxi suele ocurrir en ambientes ocupacionales, especialmente en la industria y construcción. Aunque se han comunicado casos en actividades domésticas, estas suelen estar relacionadas con el mantenimiento del hogar y no tanto con actividades de ocio. Informamos de dos casos de DAC por resinas epoxi de origen no ocupacional en personas que hacían manualidades con productos que contienen este material.

Caso clínico. Caso clínico 1: mujer de 15 años que presentaba brotes de lesiones eczematosas con patrón aerotransportado. En las pruebas epicutáneas presentó positividad a sulfato de níquel (+) (intolerancia conocida a bisutería) y resinas epoxi (+). Semanas antes del inicio del cuadro había hecho manualidades en casa con Fantasy Resin®. Caso 2: mujer de 49 años, profesora de primaria, con pulpitis de 3 meses de evolución, prurito facial y en escote. Había comenzado 8 meses antes a hacer manualidades con productos a la venta en resinpro.es. Las pruebas epicutáneas revelaron positividad a resina epoxi (+). En ambos casos se hizo el diagnóstico de DAC por resinas epoxi de origen no ocupacional.

Discusión. En estos casos se evidencia la importancia de una anamnesis detallada, haciendo hincapié no solo en actividades ocupacionales, sino también en las aficiones del paciente. Solo encontramos un caso similar en la bibliografía, de una paciente que usaba estos compuestos para hacer figuras de flores secas.

Queremos advertir de la facilidad con la que se accede a estos materiales (al alcance de cualquier persona en internet), para tenerlos en cuenta al realizar el estudio de los pacientes en consulta.

8. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Magdaleno-Tapia^a, S. Santos-Alarcón^b, I. Belinchón-Romero^c, A. Sahuquillo-Torralba^d, V. González-Delgado^e, J. Sabater-Abad^f, M. Armengot-Carbó^g, J.I. Mari-Ruiz^h, A. Mateu-Puchadesⁱ, J. Mataix-Díaz^j, L. Schneller-Pavelescu^k, R. Carmena-Ramón^l y A. Martorell^m

^aHospital General Universitario de Valencia. ^bHospital Virgen de los Lirios. ^cHospital General Universitario de Alicante. ^dHospital Universitario y Politécnico La Fe. ^eHospital Clínico Universitario de Valencia. ^fHospital de Sagunto. ^gHospital General Universitario de Castellón. ^hHospital Universitario de La Ribera. ⁱHospital Universitario Doctor Peset. ^jHospital Marina Baixa. ^kHospital Vega Baja. ^lHospital Arnau de Vilanova. ^mHospital de Aman. Valencia. España.

Introducción. Risankizumab es un fármaco novedoso eficaz y seguro en el tratamiento de pacientes con psoriasis dentro de ensayos clínicos. Nuestro objetivo es valorar la eficacia y seguridad de risankizumab en la práctica clínica habitual.

Material. Estudio retrospectivo multicéntrico incluyendo todos los pacientes que han recibido risankizumab en la Comunidad Valenciana.

Resultados. Se incluyeron un total de 111 pacientes, siendo el 62,2% varones y el 37,8% mujeres, con una edad media de 50 años. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (IMC ≥ 25) en el 68,5% de los pacientes. El 22,5% (25) de los pacientes eran naive a fármacos biológicos, el 40,5% había recibido el único tratamiento biológico previo y el 37% recibieron 2 o más biológicos con anterioridad. El PASI inicial medio de los pacientes fue de 11,9, siendo el PASI absoluto medio de 3,3 y de 1,2 a la semana 4 (n = 103) y a la semana 16 (n = 73), respectivamente. La eficacia medida en términos de PASI absoluto ≤ 1 -2-3 fue del 46,6-55,3-69% a la semana 4 y del 82,2-89-92% a la semana 16. Treinta pacientes alcanzaron los 6 meses de tratamiento, con un PASI medio de 1,3 y alcanzando el 86,6% de ellos un PASI ≤ 1 . Entre los pacientes naive a biológicos, el PASI absoluto medio fue de 2 y de 0,2 a las semanas 4 y 16, respectivamente, alcanzando el 100% de ellos un PASI ≤ 2 . No existían diferencias estadísticamente significativas para alcanzar un PASI ≤ 1 en función del IMC o del número de biológicos previos. El 6,3% de los pacientes referían algún efecto adverso, ninguno de los cuales fue grave ni conllevó la retirada del fármaco. En el 4,5% de los pacientes (5) se retiró el tratamiento.

Conclusiones. El estudio plasma nuestra experiencia inicial en la práctica clínica real de risankizumab, siendo un fármaco efectivo y seguro para el tratamiento de la psoriasis.

9. FACIES LEONINA Y LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Lorca Spröhnle, A. Casanova Esquembre, Á. Martínez Doménech, M. García-Legaz Martínez y C. Labranderero Hoyos

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

La facies leonina (FL) es un epónimo que se caracteriza por los cambios que ocurren en la piel de la cara y que confieren el aspecto similar al de un león. La FL se describe clásicamente en la lepra lepromatosa y con menos frecuencia en otras enfermedades, incluido un pequeño subgrupo de pacientes con linfomas cutáneos de células T (LCCT). Describimos el caso de una paciente de 75 años con historia de 13 años de keratoderma palmoplantar progresiva. Durante el seguimiento, la paciente desarrolló de manera gradual eritrodermia progresiva difusa, prurito generalizado, madarosis y cambios llamativos en frente, cara y mentón caracterizado por con-

vexidades infiltradas y pliegues profundos. Múltiples biopsias de piel mostraron cambios consistentes con LCCT. Una biopsia de la frente evidenció una densa infiltración dérmica de linfocitos hiper-cromáticos CD3+ CD4+ con marcado epidermotropismo y foliculotropismo. El estudio de sangre periférica evidenció presencia de células de Sézary con reordenamiento clonal para el receptor de célula T (RCT) y. Se realizó una revisión sistemática de la literatura donde identificamos 21 casos previamente reportados de FL asociada a LCCT. Se analizaron las características demográficas, hallazgos clínicos, histopatológicos, analíticos, terapéuticos y pronósticos. Los pacientes con FL asociada a micosis fungoides (MF) de larga evolución presentan un pronóstico peor que los casos asociados a síndrome de Sézary (SS).

10. MELANOMA GENITAL FEMENINO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE UN SUBTIPO DE MELANOMA POCO FRECUENTE

F. Mayo Martínez, E. Nagore Enguidanos, C. Requena Caballero, E. Manrique Silva y E. Bernia Petit

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. El melanoma genital femenino (MGF) es un tumor infrecuente que clásicamente se engloba dentro de los melanomas de mucosas. Los melanomas vulvovaginales suponen el 15-20% de los melanomas de mucosas, y de estos, el 80-85% aparecen en la vulva. Dada la rareza de estos tumores, la patogenia, los factores de riesgo e incluso el abordaje terapéutico no están bien establecidos. El propósito de este estudio es contribuir a la caracterización del MGF.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de los 16 pacientes con un MGF incluidos en la base de datos del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología en el periodo 2000-2021.

Resultados. Se identificaron 11 melanomas vulvares (MVu), 5 de ellos en los labios mayores; 4 en la vagina (MVa) y solo un caso en cérvix (Mce). El melanoma de extensión superficial (MES) y el melanoma nodular (MN) fueron los tipos histológicos más diagnosticados (6 de 16 pacientes en cada grupo). La mediana del índice de Breslow fue de 8 mm (rango 1,1-23 mm) y la ulceración fue prácticamente constante (11 de 16 casos). Se observaron mutaciones de KIT en 2 MVu y en el Mce. En dos MVu se encontraron mutaciones en TERT, pero solo uno de ellos asoció mutación en BRAF, además de en NRAS. Tres MVu tenían BRAF mutado (dos presentaban V600E y uno D594N).

Conclusión. Los MGF son tumores infrecuentes, la mayoría localizados en la vulva. Frecuentemente se clasifican como MES, aunque el MN y el melanoma lentiginoso de mucosas también son habituales. Al diagnóstico tienden a presentar mayor espesor tumoral y ulceración que los melanomas convencionales. El perfil genético de los MGF refleja la ausencia de exposición a radiación UV en su patogenia, y se han implicado con mayor frecuencia mutaciones en KIT. Las mutaciones en BRAF son menos frecuentes, aunque se han reportado tasas hasta del 26%. BRAF mutado es una diana terapéutica que puede ser útil en estos melanomas de mal pronóstico.

11. VARIABILIDAD FENOTÍPICA PARA UN MISMO GENOTIPO. LA PIEL COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE ESCLEROSIS TUBEROSA

J. Sánchez Arráez, J. Roca Ginés y M. Évole Buselli

Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia. España.

La esclerosis tuberosa (ET) es un trastorno neurocutáneo de herencia autosómica dominante debido a la presencia de mutaciones en los genes TSC1 y TSC2. La ET familiar generalmente está causada por mutaciones en el gen TSC2 y suele producir un fenotipo más leve.

Caso. Niño de 2 años (caso 1) afecto de ET que asociaba más de 5 manchas acrómicas y tuberosas en SNC. Padre (caso 2) afecto de ET con manifestación única cutánea (hipomelanosis en confeti) y abuela materna afectada de ET con tan solo un colagenoma como manifestación. Se identificó en los 3 casos la misma mutación en el exón 11 del gen TSC1.

12. ERITEMA NODOSO LEPROSO TRATADO CON APREMILAST: COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

C. Abril-Pérez^a, E.M. Sánchez-Martínez^b, J. Roca-Ginés^a, J. Melgosa-Ramos^b, A. Mateu^b y R. Botella-Estrada^a

^aHospital Universitario y Politécnico La Fe. ^bHospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. El eritema nodoso leproso (ENL) es una complicación de base autoinmune asociada a la infección por *Mycobacterium leprae*. Cursa con la aparición de lesiones granulomatosas asociadas a clínica sistémica, con mayor frecuencia en lepras multibacilares. Es de curso crónico y recurrente, pudiendo necesitar tratamientos inmunosupresores no exentos de efectos secundarios, como son los corticoides o la talidomida. Presentamos dos casos de pacientes afectas de eritema nodoso leproso tratadas con éxito con apremilast.

Casos clínicos. Caso 1: mujer de 20 años. Diagnosticada en nuestro centro de lepra multibacilar y tratada con terapia múltiple (régimen según la Organización Mundial de la Salud). Inicia al cuarto mes de tratamiento con episodio de fiebre y lesiones a tipo eritema nodoso, siendo la biopsia diagnóstica de eritema nodoso leproso. El tratamiento con apremilast 30 mg/12h, resolvió las lesiones en el curso de un mes, manteniéndose estable un año después. Caso 2: mujer de 23 años. Episodios recurrentes de fiebre, linfadenopatías y neuritis del nervio ulnar derecho asociados a nódulos subcutáneos inflamatorios. Tras dependencia a prednisona 20 mg/24 h, se inicia apremilast 30 mg/12 h, que detuvo los brotes y permitió retirar los corticosteroides.

Discusión. La cronicidad y la recurrencia del ENL frecuentemente genera la necesidad de pautas largas de esteroides para su control, con los efectos adversos que ello conlleva. La talidomida es clásicamente el fármaco más aceptado como ahorrador de corticoides en esta situación. Existen alternativas a esta que carecen de un riesgo de efectos secundarios tan elevado. Apremilast es un fármaco utilizado en el tratamiento de la psoriasis con un excelente perfil de seguridad. Su uso en el ENL supone una terapia novel con buenos resultados comunicados recientemente, entre los que incluimos nuestros dos casos y que podría sustituir el uso de terapias más agresivas en un futuro

Pósteres

1. ENFERMEDAD DE BUERGER COMO CAUSA DE SÍNDROME DEL DEDO AZUL

J. Espiñeira Sicre^a, C. Quickenborne^b, J. Miralles Botella^a y L. García Fernández^a

^aHospital Universitario de San Juan de Alicante. Alicante.

^bHospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

La enfermedad de Buerger es una enfermedad inflamatoria obliterativa que afecta a arterias, venas y nervios de pequeño y mediano calibre, estrechamente relacionada con el consumo de tabaco. Presentamos el caso de un varón de 49 años, gran fuma-

dor, que tras un cuadro de vasculitis leucocitoclástica desarrolló lesiones eritematovioláceas dolorosas en pulpejos de los dedos de las manos que planteó el diagnóstico diferencial del síndrome de los dedos azules, llegando finalmente al diagnóstico de enfermedad de Buerger tras la realización de las pruebas complementarias. La prevalencia de la enfermedad de Buerger es del 0,5-5,6% en pacientes con enfermedad arterial periférica, aunque su incidencia está en descenso. Es una enfermedad más frecuente en varones, aunque está aumentando en mujeres. Sus manifestaciones clínicas son las derivadas de la isquemia distal como son la claudicación intermitente, tromboflebitis, disestesias, dolor en reposo, úlceras isquémicas y fenómeno de Raynaud. Histológicamente se manifiesta como una vasculitis segmentaria con afectación únicamente de la zona en la que se encuentra el trombo. El diagnóstico exige el consumo de tabaco pero en realidad es un diagnóstico de exclusión, descartando todas aquellas patologías que se engloban dentro del síndrome del dedo azul. El curso es en brotes, alternando periodos de actividad y remisión. Para su tratamiento es imprescindible el abandono del tabaco así como medidas higiénico dietéticas y, en los casos más graves, se dispone de alternativas terapéuticas como los prostanoídes intravenosos. El pronóstico implica un riesgo aumentado de amputaciones y de desarrollo de otros factores de riesgo cardiovasculares.

Conclusión Presentamos el caso de un varón de 49 años con debut de enfermedad de Buerger tras un cuadro de vasculitis leucocitoclástica que obligó a descartar otras causas de síndrome de los dedos azules. Las pruebas complementarias descartaron un trastorno autoinmune y el paciente mejoró con el tratamiento encontrándose actualmente asintomático.

2. UPADACITINIB EN DERMATITIS ATÓPICA

M. García-Legaz Martínez, Á. Martínez Doménech, F. Partarrieu Mejías, J. Lorca Spröhnle, A. Casanova Esquembre y V. Zaragoza Ninet

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad cutánea inflamatoria crónica más frecuente de la piel. La DA tiene una respuesta inmune con predominio Th2 en fase aguda. Los inhibidores de JAK están actualmente en investigación para numerosas dermatosis. Upadacitinib es un inhibidor selectivo de JAK-1 oral pendiente de aprobación en DA tras haber demostrado eficacia en los ensayos clínicos realizados.

Material y métodos. Presentamos dos casos de DA grave refractarios a otros tratamientos tratados con upadacitinib en uso compasivo.

Caso clínico. El primer caso es un varón de 19 años con DA grave que ha fracasado a ciclosporina, dupilumab y metotrexate. Actualmente 4 meses en tratamiento con upadacitinib y mejoría cutánea y del prurito desde el primer mes (EASI 0, EVA prurito 0/10, EVA sueño 0/10) y sin efectos adversos salvo empeoramiento de acné. El segundo caso es otro varón de 28 años con DA grave que igualmente ha fracasado a ciclosporina, dupilumab y metotrexate. Tras 4 meses con upadacitinib presenta mejoría importante (EASI 0, EVA prurito 2/10, EVA sueño 0/10). Como efecto adverso se detectó una elevación de creatinfosfoquinasa asintomática y transitoria.

Discusión. La DA se asocia a un incremento en la señalización a través de JAK1, JAK2, JAK3 y TYK2. La vía JAK/STAT juega un papel esencial en la disregulación de la respuesta inmune en la DA, incluyendo la sobrerregulación de la respuesta Th2, activación de los eosinófilos, supresión de las células T reguladoras y maduración de las células B, con diferenciación a células plasmáticas y secreción de IgE que se une a los mastocitos cutáneos y causan liberación de

histamina. Nuestra experiencia con dos pacientes en práctica clínica real con upadacitinib nos indica que puede ser un tratamiento prometedor para la DA. Se necesita más experiencia y resultados de ensayos para comprobar la seguridad del fármaco.

3. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA TIPO SWEET, UN SIMULADOR DE FASCITIS: REPORTE DE DOS CASOS

F.J. Melgosa Ramos, M.P. Pérez García, E.M. Sánchez Martínez, H. Gegúndez Hernández y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. Las dermatosis neutrofílicas son un grupo raro de trastornos cutáneo-sistémicos con gran potencial simulador. De cara al diagnóstico, es obligatorio descartar previamente una infección bacteriana o fúngica. La afectación unilateral de un miembro inferior representa una presentación atípica de dermatosis neutrofílica.

Resultados. Presentamos dos casos de dermatosis neutrofílica tipo sweet simulando clínico-radiológicamente una celulitis con afectación fascial (fascitis). En diferentes momentos, dos mujeres de 55 y 57 años sin patología destacable de base se presentaron en el servicio de urgencias con un cuadro de 3 días de evolución consistente en una placa eritematoviolácea unilateral de unos 20 cm de extensión, dolorosa, indurada, dolorosa a la palpación, y con ampollas friables en superficie de miembros inferiores. Las pacientes no presentaron fiebre o síntomas sistémicos, pero en la analítica sí que se pudo observar elevación de los reactantes de fase aguda junto con leucocitosis a expensas de neutrófilos. Tampoco se objetivaron puertas de entrada. Una de las pacientes refirió un episodio similar hace dos años tras un traumatismo. Desde el servicio de urgencias del centro se realizó el diagnóstico de fascitis, basándose en los hallazgos exploratorios y se cursó ingreso hospitalario. Tras el inicio de antibióticos sistémicos no se observó mejoría. Se solicitó una valoración dermatológica, tras la que se realizó una toma de exudado y una biopsia con sospecha de dermatosis neutrofílica Sweet-like. El examen histopatológico reveló un infiltrado neutrofílico, y edema dérmico intenso sin vasculitis. Las pruebas microbiológicas negativas excluyeron infecciones fúngicas o bacterianas. Tras ello se realizó el diagnóstico de dermatosis neutrofílica. Ambas pacientes recibieron tratamiento con corticoides sistémicos, con mejoría de las placas.

Conclusiones. Las dermatosis neutrofílicas pueden tener una presentación clínica atípica y diagnosticarse erróneamente como celulitis y/o fascitis. Destacamos la importancia del dermatólogo para evitar terapias antibióticas o desbridamientos innecesarios, que pueden empeorar el cuadro.

4. TILDRAKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS: UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA EN ANCIANOS FRÁGILES, A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Melgosa Ramos, E.M. Sánchez Martínez, H. Gegúndez Hernández, T. Díaz Corpas y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción. Tildrakizumab es una molécula dirigida contra la subunidad p19 de la IL-23 aprobada para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. De acuerdo a los ensayos clínicos, tildrakizumab es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la psoriasis, además, trabajos recientes basados en práctica clínica real muestran resultados que mejoran a los de estos. Subanálisis de los ensayos reSURFACE 1 y reSURFACE 2 demuestran eficacia y seguridad a largo plazo en pacientes mayores de 65 años, por lo que podría ser una opción de tratamiento en este grupo de pacientes. A continuación, comentamos un caso de

excelente y rápida respuesta al tratamiento con tildrakizumab en una anciana comórbida.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 87 años con psoriasis en placas grave de 20 años de evolución, sin clínica articular, y fracaso o intolerancia a múltiples terapias. Como comorbilidades destacaban una hepatitis B resuelta, infección tuberculosa latente tratada en 2007, cirrosis biliar primaria, GMSi y bronquiectasias. Apoyándonos en el subanálisis comentado y partiendo de un PASI de 21,4, DLQI de 18 y BSA de 40% iniciamos tratamiento con tildrakizumab 100 mg a pauta habitual. Antes de la administración de la dosis correspondiente a la semana 16 la paciente acudió a consulta y presentó un PASI de 1,5, DLQI de 1 y BSA de 2%, sin comentar desarrollo de efectos adversos durante los meses previos a la revisión. Actualmente (semana 38) se mantiene la efectividad y la seguridad.

Comentarios. Tildrakizumab es una alternativa efectiva y segura a considerar en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, no obstante, es necesario la obtención de más datos de práctica clínica real. Destacamos en nuestro caso la velocidad de respuesta, con aclaramiento casi total solo con la administración de las dosis de semana 0 y 4.

5. ÚLCERAS PERIANALES QUE NO CURAN DEBIDO AL ABUSO DE UNA POMADA HEMORROIDAL

M. Ballesteros Redondo, L. Fernández Domper, S. Porcar Saura, A. García Vázquez y Á. Revert Fernández

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Las úlceras perianales crónicas pueden deberse a múltiples causas como enfermedades inflamatorias, infecciosas, enfermedades malignas y farmacológicas. Puesto que ninguna de estas etiologías presenta una clínica específica, se debe realizar un diagnóstico de exclusión mediante una anamnesis e historia clínica detallada, un estudio histológico y microbiológico, así como pruebas de imagen y/o endoscópicas. Presentamos el caso de una mujer de 72 años con sospecha inicial de hemorroides, que acude con lesiones a nivel perianal de tres meses de evolución. A la anamnesis no presenta sintomatología acompañante, tampoco síndrome constitucional o gastrointestinal, y solo refiere la aplicación de una pomada antihemorroidal compuesta por acetónido de triamcinolona, lidocaína y pentosano polisulfato. La analítica, proteinograma, los estudios microbiológicos y las pruebas de imagen fueron normales. Debido a que la calprotectina fecal estaba ligeramente elevada, se solicitó una colonoscopia que no mostró hallazgos de interés. En la histología se objetivaba una úlcera en reepitelización, sin signos histológicos sugestivos de pioderma gangrenoso, granulomas o células malignas. Las lesiones mejoraron tras la retirada de la pomada y tratamiento antiséptico local. Se produjo la curación completa en 12 semanas. Las úlceras perianales han sido relacionadas con supositorios pautados como tratamiento para la migraña y solo existe una serie de 11 casos recientemente publicada en España relacionada con una pomada hemorroidal de características similares. Nuestra hipótesis sugiere que la vasoconstricción local y dosis dependiente, podría ser el mecanismo etiopatogénico, aunque deben realizarse más estudios para objetivar una relación estadísticamente significativa.

6. NÓDULOS UMBILICALES EN PACIENTES JÓVENES CON DISMENORREA

L. Fernández Domper, M. Ballesteros Redondo, M. Pons Benavent, S. Guillen Climent y Á. Revert Fernández

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. La endometriosis cutánea es una presentación poco frecuente de endometriosis, que representa la presencia de tejido

endometrial fuera del útero, y cuando aparece en forma de nódulo umbilical clásicamente es conocida como nódulo de Villar.

Caso clínico. Presentamos 2 casos de Nódulo de Villar. Caso 1: mujer de 41 años con historia de dismenorrea intensa que presentaba una lesión periumbilical asintomática de 2 años de evolución. Caso 2: mujer de 38 años con antecedentes de dismenorrea intensa con lesiones en región umbilical de 3 años de evolución y sangrados espontáneos con la menstruación. En ambos casos se llevó a cabo una extirpación quirúrgica de ambas lesiones. En el estudio histológico se evidenció, a nivel de la dermis, estructuras glandulares revestidas por un epitelio cúbico, rodeadas de un estroma fusocelular y sin atipia. En el estudio inmunohistoquímico, el epitelio presentaba positividad para estrógenos y progesterona, siendo el estroma que lo rodeaba CD10 positivo.

Discusión. La endometriosis fuera del útero es un hallazgo común y se ha descrito en prácticamente todos los órganos. La endometriosis cutánea representa < 5,5 % de todos los casos y cuando se presenta a modo de nódulo umbilical se conoce clásicamente como nódulo de Villar. Clínicamente se caracteriza por la aparición de una lesión nodular sobre una cicatriz quirúrgica previa y que presenta episodios de sangrado en consonancia con el ciclo menstrual. Los hallazgos dermatoscópicos pueden variar desde un patrón vascular polimorfo sobre un fondo eritematoso o violáceo hasta un patrón de retículo blanco central sobre fondo azulado descrito recientemente. El diagnóstico definitivo requiere de estudio histopatológico y el tratamiento de elección es la cirugía, con un pronóstico excelente.

Conclusión. Presentamos 2 casos de endometriosis cutánea umbilical o nódulo de Villar, un diagnóstico poco frecuente a considerar ante la aparición de nódulos en la región umbilical.

7. ¿PUEDE EL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB MEJORAR LA FIBROSIS HEPÁTICA? ESTUDIO PROSPECTIVO EN UNA COHORTE DE 10 PACIENTES CON PSORIASIS

J. Magdaleno-Tapial, J.M. Ortiz-Salvador, P. Hernández-Bell, M. Diago-Madrid y A. Pérez-Ferriols

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. En los últimos años ha habido un aumento de publicaciones que relacionan la psoriasis con el hígado graso no alcohólico, con el consiguiente riesgo de progresión a fibrosis hepática, cirrosis y hepatocarcinoma. Se ha especulado que ambas entidades comparten mecanismos fisiopatogénicos comunes. Entre ellos, la sobreproducción de citoquinas proinflamatorias como la interleucina-17 podría contribuir al desarrollo de placas cutáneas de psoriasis y a la progresión de la enfermedad hepática, por lo que su bloqueo podría ser beneficioso para ambas entidades. En este estudio investigamos el posible efecto antifibrótico de secukinumab en los pacientes con psoriasis tratados durante al menos 2 años.

Material y métodos. Se recogieron 10 pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con secukinumab. Se tomaron medidas antropométricas, así como distintas variables clínicas y demográficas. La elasticidad hepática fue medida con elastografía de transición (ET) empleando Fibroscan®. La fiabilidad de los resultados se definió por al menos 10 mediciones válidas, una tasa de éxito $\geq 60\%$ y un rango intercuartílico medio $\leq 30\%$.

Resultados. Los 10 pacientes vieron mejorados sus valores de Fibroscan® ($6,7 \pm 1,7$ KPa vs. $4,4 \pm 1,2$ KPa) mientras que se mantuvieron con valores similares de peso, IMC y parámetros analíticos. Únicamente 2 de los 10 pacientes iniciaron medicación hipolipemiente tras realizarse el primer Fibroscan®. El tiempo medio de tratamiento con secukinumab entre ambas pruebas de ET fue de 30 meses.

Discusión. A pesar del bajo tamaño muestral, estos resultados sugieren que el tratamiento a largo plazo con secukinumab puede reducir el riesgo de fibrosis hepática en nuestros pacientes.

8. MASTOCITOSIS CUTÁNEA FAMILIAR SIMULANDO A XANTOGRANULOMA JUVENIL POR MUTACIÓN P.ARG634TRP EN EL GEN KIT

S. Guillen Climent, A. García Vázquez, S. Porcar Saura, L. Fernández Domper, J.M. Martín Hernández y Á. Revert Fernández

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. Las mastocitosis son enfermedades clonales caracterizadas por la proliferación, infiltración y degranulación de mastocitos patológicos en diferentes tejidos. Las mastocitosis esporádicas se producen por la mutación somática D816V en el gen KIT, mientras que las mutaciones germinales originan las formas familiares (2-4%). Las dos formas principales de mastocitosis son la cutánea y la sistémica. Las cutáneas se dividen en cuatro variantes que incluyen el mastocitoma, la urticaria pigmentosa, la mastocitosis telangiectásica y la mastocitosis cutánea difusa.

Material y métodos. Un caso de mastocitosis familiar con lesiones cutáneas que simulan el xantogranuloma juvenil y revisión de la literatura.

Caso clínico. Niño de 5 años valorado por pápulas amarillentas con signo de Darier en el tronco anterior, dorso y raíz de las extremidades sin síntomas sistémicos. El estudio histológico fue compatible con mastocitosis. Su madre presentaba lesiones cutáneas aisladas idénticas. La secuenciación del gen KIT en ambos pacientes demostró una mutación en heterocigosis, c.1900C>T (p.Arg634Trp).

Discusión. La mastocitosis familiar es una enfermedad infrecuente, autosómico dominante y con penetrancia incompleta. Las formas familiares tienden a ser persistentes en la edad adulta. Se han descrito mastocitosis familiares de las cuatro variantes cutáneas. El protooncogén c-KIT codifica un receptor de membrana tirosinaquinasa que se expresa en los mastocitos y regula su proliferación y crecimiento. Las mutaciones en el receptor c-KIT se han descrito en el melanoma, la leucemia mieloide aguda, el síndrome mielodisplásico, el seminoma y los tumores GIST. La mutación p.Arg634Trp se ha descrito en un caso de mastocitosis cutánea familiar, en un caso de mastocitosis sistémica, en el melanoma de mucosas, en la leucemia mielomonocítica crónica y la leucemia mieloide aguda. En conclusión, describimos una mastocitosis cutánea familiar simulando a xantogranuloma juvenil, ampliando el espectro clínico asociado a la mutación p.Arg634Trp en el gen KIT.

9. NECROSIS TARDÍA DE INJERTO RADIADO INDUCIDA POR LENVATINIB

Á. Martínez Doménech, M. García-Legaz Martínez, F. Partarrieu Mejías, J. Lorca Spröhnle y A. Pérez Ferriols

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. El lenvatinib es un inhibidor de la tirosina quinasa de reciente desarrollo que bloquea varios receptores implicados en la angiogénesis tumoral, incluyendo el receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Su actividad antiangiogénica tiene efectos terapéuticos frente a varios tumores sólidos, incluyendo el melanoma.

Caso clínico. Una mujer de 53 años fue remitida para valoración de una úlcera refractaria en tobillo izquierdo. La paciente tenía antecedentes de melanoma en el dorso del pie izquierdo 17 años antes, tratado con extirpación quirúrgica, injerto de piel total, linfadenectomía e interferón. Doce años después presentó una recurrencia en el maléolo medial izquierdo que se trató con cirugía, injerto de piel total y posterior radioterapia. Durante los años posteriores y debido a progresión locorregional la paciente recibió diversos tratamientos hasta iniciar terapia combinada con pembrolizumab y lenvatinib. Tras 6 meses de tratamiento desarrolló una úlcera espontánea y refractaria en el maléolo medial izquierdo afectando

exclusivamente al injerto de piel realizado 5 años antes. En las biopsias del fondo y bordes de la úlcera no se observó enfermedad tumoral.

Discusión. Los eventos adversos cutáneos inicialmente asociados a lenvatinib son *rash*, xerosis, estomatitis y eritrodisestesia palmo-plantar. Un informe de farmacovigilancia reciente alertaba de la asociación con problemas en la cicatrización y también se ha descrito un caso de úlcera supraclavicular asociada a lenvatinib. El efecto inhibitorio sobre la vía del VEGF puede facilitar la ulceración espontánea o tras mínimos traumatismos. Por otra parte, la radioterapia puede producir una disminución de la vascularización en la piel. Debido a la relación temporal con lenvatinib y su mecanismo de acción, y que la paciente no presentó complicación alguna durante los 5 años tras la radioterapia, consideramos que lenvatinib fue el factor precipitante. Presentamos un caso de necrosis tardía de injerto radiado inducida por lenvatinib.

10. LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON OSTEONECROSIS MANDIBULAR INDUCIDA POR DENOSUMAB

J. Sabater Abad, Víctor González Delgado^b y S. Santos Alarcón^c

^a*Hospital de Sagunto.* ^b*Hospital Clínico Universitario de Valencia.* ^c*Hospital Virgen de Los Lirios. Valencia. España.*

Introducción. En 2003 se publicó por primera vez la osteonecrosis mandibular (OM) relacionada con medicamentos y, a partir de entonces, se ha reportado esta entidad asociada a tratamientos antirresortivos como los bifosfonatos o el denosumab y antiangiogénicos como el bevacizumab, sunitinib o sorafenib. Aunque su mecanismo patogénico no se conoce con precisión, se consideran factores de riesgo los siguientes: la administración intravenosa de bisfosfonatos, la higiene oral pobre, la presencia de enfermedad periodontal, el tratamiento quimioterápico y con corticoides, los procedimientos dentales invasivos y el ser portador de accesorios dentales. La presentación clínica habitual de la OM se caracteriza por la exposición de hueso necrótico o la presencia de tractos fistulosos dentro de la cavidad oral. Presentamos un caso de OM cuya primera manifestación clínica fueron lesiones cutáneas en el cuello sin lesiones intraorales.

Caso clínico. Mujer de 87 años en tratamiento con denosumab durante 5 años que ha requerido la extracción de varias piezas dentarias en los últimos 6 meses, consulta porque tiene dos lesiones cutáneas en área mandibular de 2 meses de evolución persistentes a pesar de recibir curas periódicas por enfermería. La exploración física reveló la presencia de una fístula submentoniana con tejido de granulación en la superficie y un nódulo con hiperqueratosis superficial, pétreo a la palpación, en la zona mandibular izquierda. Con la sospecha inicial de trayectos fistulosos odontogénicos, se realizó una TAC cervical que mostró una OM como responsable de la clínica de nuestra paciente, probablemente relacionada con la administración de denosumab.

Conclusión. La OM relacionada con medicamentos es una entidad que los dermatólogos debemos conocer y sospechar ante un paciente con lesiones en el cuello que sugieran la existencia de una fístula subyacente, especialmente si este recibe algún tratamiento antirresortivo o antiangiogénico.

11. INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM MARINUM: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Fernández Romero, M. Matellanes Palacios, L. Bou Boluda, V. Dios Guillán y V. Pont Sanjuán

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. Presentamos dos casos de granulomas de las piscinas generados por infección por *Mycobacterium marinum*, ambos con antecedentes de manipulación de acuarios.

Caso clínico. Caso 1: mujer de 59 años, fumadora, presentaba una lesión nodular, eritematoviolácea y de consistencia sólida en el segundo dedo de la mano derecha de 3 meses de evolución, con otra lesión similar en el antebrazo. Se realizó cultivo y biopsia. Caso 2: mujer de 50 años, con antecedente de cáncer de mama, consultó por una lesión nodular, eritematosa y dolorosa en el segundo dedo y dorso de la mano izquierda de 2 meses de evolución. Se realizó biopsia y cultivo. Los cultivos resultaron positivos para *Mycobacterium marinum* y se inició antibioterapia con claritromicina 500 mg, con buena respuesta. Las biopsias mostraron infiltrados inflamatorios de componente mixto y predominio en dermis, sugerentes de granulomas (con células gigantes multinucleadas en el primer caso).

Discusión. El granuloma de las piscinas forma parte de las micobacteriosis atípicas y es la manifestación clínica más frecuente de la infección por *Mycobacterium marinum*, patógeno endémico de los peces cuya transmisión al ser humano se realiza a través de heridas cutáneas. La localización más frecuente de las lesiones es en manos y dedos y hasta el 25% de los casos sigue una distribución esporotricóide. Puede generar infecciones profundas como tenosinovitis, osteomielitis y artritis. La sospecha diagnóstica es clave para cultivar la muestra en un medio adecuado, así como para un tratamiento antibioterápico y/o quirúrgico efectivo.

12. TILDRAKIZUMAB TRAS FRACASO A ANTI-IL17 PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS PALMOPLANTAR NO PUSTULOSA

L. Schneller-Pavelescu, J.J. Andrés Lencina, J. Piñero Sánchez y L.M. Gallego Torrome

Hospital de la Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

Se presenta el caso de un varón de 41 años, dislipémico, sin otros antecedentes de interés, con una psoriasis palmoplantar de 6 años de evolución. Debido a que sus lesiones le causaban importante dolor, el paciente se encontraba de baja por incapacidad temporal. Previamente había recibido acitretino 25 mg/día, etanercept 50 mg/7 días e ixekizumab 80 mg/4 semanas, presentado fallo primario a todos. Al haber recibido tratamiento con diferentes dianas terapéuticas a excepción de un tratamiento anti-IL-23, se inicia tratamiento con tildrakizumab tras fracaso primario a ixekizumab. Al inicio de tildrakizumab el paciente presentaba afectación palmoplantar que sobrepasaba levemente hacia antebrazos y piernas, con afectación grave de varias uñas y falanges distales de manos. Las escalas objetivas de valoración de su psoriasis eran Psoriasis Area Severity Index (PASI) 5.4, Body Surface Affected (BSA) 7 y Dermatology Life Quality Index (DLQI) 8, con una valoración 9 sobre 10 en las escalas visuales numéricas de prurito y dolor (EVNp y EVNd). Tras la inducción, el paciente mejoró notablemente, aunque todavía con lesiones en la semana 4 de tratamiento, PASI 3, BSA 4, DLQI 4, EVNp 5, EVNd 5. En la revisión en semana 12 el paciente presentó completa resolución de sus lesiones, con PASI 0, BSA 0, DLQI 0, EVNp 0, EVNd 0, pudiendo reincorporarse completamente a su trabajo habitual. La psoriasis palmoplantar no pustulosa es una forma de psoriasis que aparece en el 11-39% de los pacientes con psoriasis, que en ocasiones se relaciona a una peor respuesta a los tratamientos habituales para la psoriasis. A pesar de que los fármacos anti-IL-17 se han relacionado a una respuesta más potente, en aquellos pacientes con esta forma de psoriasis y fracaso a esta vía no debe descartarse un fármaco anti-IL-23.

13. ANTI IL17 COMO POSIBLE TRATAMIENTO BENEFICIOSO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y CÁNCER DE LARINGE

S. Porcar Saura, M. Pons Benavent, S. Guillén Climent, L. Fernández Domper, G. Pérez Pastor y E. Montesinos Villaescusa

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. En pacientes con psoriasis moderada-grave y con cáncer de reciente diagnóstico, el tratamiento puede ser un reto. En el carcinoma escamoso de laringe existe un aumento de IL17 que parece actuar como oncogén en estos pacientes. Presentamos el primer caso de un paciente con psoriasis y cáncer de laringe tratado con ixekizumab y proponemos a los fármacos inhibidores de la IL17 como no perjudiciales en pacientes con psoriasis y carcinoma escamoso de laringe.

Caso clínico. Un varón de 59 años, con psoriasis desde los 29 años se encontraba en tratamiento con adalimumab desde 2017 con buen control. En 2019 tras el diagnóstico de un carcinoma escamoso de laringe, se suspendió adalimumab con empeoramiento de la psoriasis (PASI 23 y DLQI 15). Se inició apremilast sin ninguna mejoría clínica. Tras un mes de finalizar el tratamiento del carcinoma escamoso de laringe mediante quimioterapia y radioterapia, bajo consentimiento del paciente y según la bibliografía obtenida se inició Ixekizumab 160 mg en semana 0 y 80 mg cada dos semanas. Tras un año de seguimiento el paciente se mantiene con PASI de 0 y la neoplasia de laringe se encuentra con respuesta completa.

Discusión y conclusión. Actualmente no existe ninguna asociación entre tumores malignos y los fármacos anti-IL-17, no obstante, se recomienda no iniciar el tratamiento biológico hasta pasado cinco años desde el antecedente de neoplasia. El carcinoma de laringe es el 11º tumor más frecuente en humanos. Existen estudios donde los pacientes con carcinoma escamoso de laringe presentan niveles más elevados de IL-17A y de las células Th17 que aquellos con enfermedades laringeas benignas. Además, en estudios *in vitro* se ha observado que la IL17 podría actuar como oncogén e inhibir la apoptosis de las células malignas en el carcinoma de laringe. Este hallazgo podría reforzar el tratamiento de la psoriasis con anti IL17 como una opción segura en pacientes con carcinoma escamoso de laringe u otros cánceres, donde el tratamiento de la psoriasis grave supone un reto.

14. LINFOMA NK/CÉLULAS T EXTRANODAL DE MORFOLOGÍA Y LOCALIZACIÓN ATÍPICAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

E. Bernia Petit^a, A. Pérez^b, F. Partarrieu^b, A. Casanova^b y J. Lorca^b

^aInstituto Valenciano de Oncología. ^bConsorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. El linfoma NK/células T extranodal es un subtipo poco común de linfoma no Hodgkin (LNH) asociado con el virus de Epstein-Barr (VEB). Los pacientes generalmente presentan múltiples placas o tumores en el tronco y las extremidades. En el caso del linfoma NK/células T nasal, las lesiones aparecen en la nasofaringe y la cavidad nasal y ocasionan síntomas nasosinusales y tumores medio faciales destructivos de rápido crecimiento. Estos linfomas se caracterizan por densos infiltrados linfocitos que afectan la dermis y el tejido subcutáneo. Las células neoplásicas están infectadas por el virus de Epstein-Barr (VEB), lo que puede confirmarse mediante hibridación *in situ* para ARN codificado por EBV (EBER-ISH). El análisis inmunohistoquímico también es esencial para el diagnóstico. Las células neoplásicas expresan CD2, CD56, CD3 citoplasmático y proteínas citotóxicas (TIA-1, granzima B y perforina), pero carecen de CD3 de superficie.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 69 años que consultó por una placa de crecimiento progresivo y de unos 3 meses de evolución, localizada sobre el tercio distal del miembro inferior derecho. Destacaba, entre sus antecedentes médicos, el diagnóstico de un linfoma NK/células T extranodal cutáneo localizado en el mismo miembro; tratado con QT-RT con respuesta completa 12 meses antes. En la exploración física pudimos observar una placa anular dianiforme de 8 cm de diámetro máximo. La paciente negaba prurito o dolor de la misma. Se obtuvo una biopsia para estudio

histopatológico y se tomaron unas escamas para visión directa con hidróxido de potasio, que resultaron negativas. El estudio histológico demostró la presencia de un infiltrado linfoide atípico con afectación difusa dérmica y epidérmica con ulceración focal. Las células linfoides atípicas expresaban CD2, CD3, CD4, CD8, CD56 y granzima. La hibridación in situ para EBV (EBER-1) fue difusamente positiva en las células tumorales. Dadas las características histopatológicas e inmunofenotípicas, se realizó el diagnóstico de linfoma NK/células T extranodal.

15. UNA TOALLA ROSA: PSEUDOCROMHIDROSIS POR *SERRATIA MARCESCENS*

A. Docampo-Simon^a, J.C. Palazón-Cabanes^a, M.J. Sánchez-Pujol^a y J.F. Silvestre-Salvador^a y P. Álvarez-Chinchilla^b

^aHospital General Universitario de Alicante. ^bHospital Universitario de San Juan de Alicante. Alicante. España.

Introducción. El término cromhidrosis describe la aparición de sudor coloreado. Se habla de cromhidrosis verdadera cuando las glándulas secretan sudor con color, pudiendo dividirse a su vez en cromhidrosis apocrina y ecrina, y de causa endógena o exógena. La pseudocromhidrosis, o cromhidrosis exógena, se caracteriza por un cambio de la coloración del sudor debida a factores externos al sujeto como textiles, tintes o agentes infecciosos cromógenos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 26 años con dermatitis atópica desde la infancia, habiendo recibido previamente varios ciclos de prednisona oral, ciclosporina y fototerapia. Acudía a consulta con pequeñas pápulas eritematosas en miembros inferiores centradas en el folículo. Además, refería que desde hacía unos meses, cada vez que se secaba con una toalla esta adquiría un color rosa. Ante la sospecha de una pseudocromhidrosis por un microorganismo que también fuese el causante de la foliculitis, se tomó cultivo de una de las lesiones y de tejido de la toalla. En esta se demostró la presencia de *Serratia marcescens*, mientras que en piel solo se halló flora cutánea habitual. Se administró tratamiento con ciprofloxacino, desapareciendo la coloración en la toalla.

Discusión. *Serratia marcescens* es una bacilo gramnegativo que puede provocar infecciones nosocomiales. Debido a la síntesis del pigmento prodigiosina, de color rojo, es causante ocasional de pseudocromhidrosis roja. Se la ha identificado como responsable de “milagros” en los que figuras religiosas tomaban un color rojizo, simulando llorar sangre. Su identificación en una toalla de baño, como causa de la coloración de la misma, ha sido reportada de forma excepcional en la literatura, con solo un caso publicado. Otras pseudocromhidrosis infecciosas son debidas a *Pseudomonas aeruginosa* (color verde) el género *Bacillus* (azul) y *Corynebacterium* (marrón), y deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de una cromhidrosis.

16. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: EXPERIENCIA EN 14 PACIENTES

A. García Vázquez^a, S. Guillen Climent^a, V. González Delgado^a, L. Martínez Casimiro^a, S. Santos Alarcón^b y E. Montesinos Villaescusa^c

^aHospital Clínico Universitario de Valencia. ^bHospital Virgen de los Lirios de Alcoy. ^cHospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. La vía de la interleukina-23 (IL-23) y la interleukina-17 (IL-17) se ha identificado como el eje central en la patogenia de la psoriasis. Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado que se dirige específicamente contra la subunidad p19

de la IL-23, aprobado para psoriasis moderada-grave y disponible en nuestro país desde septiembre de 2019.

Material y métodos. Se recoge la experiencia en práctica clínica real en dos centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana con el uso de tildrakizumab en adultos con psoriasis moderada-grave. Se describen sus características clínicas, demográficas y respuesta obtenida con el tratamiento.

Resultados. Un total de catorce pacientes con psoriasis moderada-grave, de edades comprendidas entre 36 y 71 años, fueron tratados con tildrakizumab en un periodo de 17 meses. Ocho pacientes eran hombres y seis mujeres. Doce presentaban psoriasis en placas, mientras que en los dos restantes la afectación era de predominio palmo-plantar. Siete pacientes presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular, y cuatro eran obesos. Todos los pacientes habían recibido tratamiento sistémico previo, de los cuales doce habían recibido algún fármaco biológico, que se suspendieron por falta de respuesta (doce pacientes) o por efectos secundarios (dos pacientes). Destacaba en uno de los pacientes el antecedente de infección por virus de la hepatitis B no tratada. Se obtuvieron respuestas de PASI absoluto 1 o menos en diez de los pacientes, de los cuales cinco alcanzaron blanqueamiento total. No se detectaron efectos secundarios en ninguno de los pacientes, y en ningún caso se tuvo que retirar el tratamiento.

Conclusión. En nuestra experiencia, tildrakizumab se posiciona como una opción terapéutica segura y eficaz en pacientes adultos con psoriasis moderada-grave en placas, tanto en pacientes naïve a biológicos como en los que hayan presentado efectos secundarios o fallo terapéutico con fármacos sistémicos previos. Destacamos su uso en un paciente con antecedente de infección por virus de la hepatitis B no tratado, sin presentar elevación de la carga viral ni de las transaminasas durante el tratamiento con tildrakizumab.

17. VARÓN DE 79 AÑOS CON ATIPIA ESCAMOSA

M.J. Sánchez Pujol, A. Docampo Simón, G. Juan Carpena, M. Niveiro de Jaime y J. Guijarro Llorca

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción. Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) incluyen la edad avanzada, la exposición solar, el tabaquismo, el fototipo, algunos fármacos, las enfermedades hematológicas, o la inmunosupresión.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 79 años, fumador de 20 cigarrillos diarios, con hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas desde 2015. En los últimos cuatro años había sido intervenido de múltiples neoplasias cutáneas, entre ellas seis carcinomas epidermoides, cuatro carcinomas basocelulares y un lentigo maligno, en distintas localizaciones. El paciente era remitido a la consulta por la presencia de múltiples lesiones hiperqueratósicas, algunas de ellas crateriformes, otras nodulares, extendidas a lo largo de ambos miembros inferiores. La biopsia de una de las lesiones mostró una proliferación de células escamosas atípicas bien diferenciadas. La edad, la exposición solar y el tabaquismo no parecían justificar la gran cantidad de CCNM del paciente, por este motivo se pensó en un posible papel inmunosupresor del tratamiento con pitavastatina, fármaco que se retiró. Quince meses tras la suspensión de la estatina, se objetivó una clara regresión de la gran mayoría de las proliferaciones, persistiendo únicamente escasas lesiones localizadas.

Discusión. Diversos fármacos se han asociado con un incremento de riesgo de aparición de CCNM. Las estatinas presentan un efecto inmunomodulador que incrementa la respuesta Th2, y disminuye la respuesta Th1, las citocinas proinflamatorias, y la respuesta inmune antitumoral del organismo. Algunos estudios han relacionado estos hipolipemiantes con un aumento de riesgo de CCNM. Presentamos un paciente con lesiones de atipia escamosa que involucraron tras la suspensión del tratamiento con estatinas. En los pacientes

con múltiples CCNM debemos descartar factores de riesgo como inmunosupresión, enfermedades hematológicas o fármacos. Las estatinas podrían ser un factor predisponente para el CCNM.

18. METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA UROTELIAL CON DIFERENCIACIÓN ESCAMOSA SIMULANDO UN QUISTE EPIDÉRMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Botía Paco, A.A. González Ruiz, M.J. Sánchez Pujol y M.M. Blanes Martínez

Hospital General de Alicante. Alicante. España.

Los tumores uroteliales son los tumores más frecuentes en la pelvis renal, representando el 90% de todos ellos. Un 20% de estos presentan diferenciación escamosa, siendo este el subtipo más frecuente. Estos suelen ser más agresivos y con peor respuesta al tratamiento que los tumores uroteliales puros. En raras ocasiones se han descrito metástasis cutáneas.

Caso clínico. Paciente varón de 60 años, que en el transcurso de estudio por síndrome constitucional, se detecta en TC abdominopélvico una masa de 7 x 9 cm en pelvis renal, con adenopatías retroperitoneales, retrocavas y paraaórticas. La BAG (biopsia aguja gruesa) resulta no concluyente al obtener únicamente láminas de queratina, por lo que se realiza biopsia de una adenopatía retroperitoneal en la que se diagnostica afectación por carcinoma urotelial con diferenciación escamosa. El paciente inició quimioterapia y posteriormente radioterapia, tras progresión del tumor. De forma paralela se observó en el cuero cabelludo, una masa de 4 cm que había crecido en los últimos meses. La PAAF (punción aspiración con aguja fina) solicitada por el Servicio de Oncología obtuvo láminas de queratina por lo que la lesión fue interpretada como un quiste epidérmico. Ante el crecimiento de la lesión (ahora media 7 cm), el paciente es derivado al servicio de Dermatología donde se realiza una biopsia incisional de la misma, que confirma el diagnóstico de metástasis cutánea del tumor primario urológico.

Discusión. La diferenciación escamosa de los tumores uroteliales se caracteriza histológicamente por la presencia de puentes intercelulares y queratinización. Aunque las metástasis cutáneas de estos son infrecuentes, hay algunas comunicaciones en la literatura al respecto. La presencia de queratina en los mismos puede llevar a confusión en estos casos. En nuestra opinión, en zonas accesibles sería preferible la biopsia cutánea respecto a la PAAF para evitar posibles errores diagnósticos.

19. DERMOARTRITIS MULTINUCLEADA

C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, Á. Martínez Domenech, J. Lorca Spröhnle y A. García Rabasco

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Mujer de 69 años que consulta por presentar lesiones papulonodulares de inicio insidioso acompañadas de poliartritis asimétrica de manos. A la exploración se observaron lesiones papulonodulares, eritematosas, de distribución simétrica en dorso y cara lateral de los dedos de ambas manos, tórax, abdomen y cara extensora de brazos. El estudio histológico mostró infiltración dérmica por histiocitos multinucleados de citoplasma amplio y eosinófilo. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CD68, CD163, Factor XIIIa débil y negatividad para CD1a, S100. En la analítica sanguínea se objetivó ANA+. El estudio mediante TC evidenció la presencia de: nódulos tiroideos (TIRADS 5 en ecografía, pendientes de biopsia), nódulo pulmonar de significado incierto, múltiples quistes simples hepáticos y renales. La reticulohistiocitosis forma parte de la histiocitosis no Langerhans. El espectro clínico varía desde una le-

sión única, reticulohistiocitoma, hasta la presentación en forma de reticulohistiocitosis multicéntrica, como se muestra en este caso. Las manifestaciones clínicas de la reticulohistiocitosis multicéntrica consisten en múltiples lesiones cutáneas papulonodulares, y en ocasiones mucosas, asociadas a artritis erosiva severa con predilección en manos, afectando predominantemente a mujeres adultas. Si bien esta entidad se asocia a diversas patologías, como enfermedades autoinmunes y neoplasias hematológicas y sólidas (hasta en un 20-30% de los casos), actualmente está en discusión su posible origen secundario o si se trata de un proceso neoforrmativo *per se*.

20. "ILUMINANDO AL CORINEBACTERIUM"

R. Peñuelas Leal, C. Labranderoy Hoyos, M. García Legaz, A. Casanova Esquembre y V. Alegre de Miquel

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Los Corynebacteria son bacilos gram+, catalasa +, no formadores de esporas y saprofitos habituales de la piel, que producen infecciones como el eritrasma (*C. minutissimum*), tricomicosis (en especial *C. tenuis* y *C. flavescens*) y queratolisis punctata. Además, en pacientes inmunodeprimidos pueden producir infecciones sistémicas.

Caso. Un varón de 32 años que consultó por lesiones cutáneas asintomáticas en axilas e ingle. El examen clínico mostró: 1) placa eritematosa asintomática en ingle derecha, mal delimitada y con descamación amarillenta en el fondo del pliegue; 2) acúmulos blanquecinos envolviendo los pelos, en forma de vaina, en ambas axilas y 3) depresiones puntiformes plantares bilaterales. El examen con luz de Wood mostró positividad rojo coral en las lesiones de eritrasma. El estudio microscópico de las muestras de tricomicosis reveló acúmulos amorfos envolviendo la vaina pilosa, Gram +, luz polarizada +, epiluminiscencia discretamente positiva. El estudio histológico de las lesiones de eritrasma mostró presencia de cocobacilos en la capa córnea, PAS +, que se visualizaban negativamente con epiluminiscencia.

Discusión. El diagnóstico de las infecciones cutáneas superficiales producidas por *Corinebacterium* es clínico. No obstante, técnicas como la dermatoscopia, la luz de Wood y el examen microscópico pueden ayudar a confirmarlo.

21. CARCINOMA VERRUCOSO SOBRE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

A.A. González Ruiz, A. Botía Paco, A. Docampo Simon, M. Niveiro de Jaime y J. C. Pascual Ramírez

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Caso clínico. Varón de 63 años con hidradenitis supurativa (HS) glútea de unos 40 años de evolución valorado en consulta monográfica de HS en mayo de 2019 con enfermedad grave, Hurley III y gran afectación a su calidad de vida (DLQI 17). Tras el screening pertinente, se inició tratamiento con biosimilar de adalimumab en noviembre de 2019 con gran mejoría tras 11 meses de tratamiento. En octubre de 2020 en zona glútea se apreciaba una tumoración desde hace dos meses que biopsiamos y fue compatible con un carcinoma epidermoide (CE) tipo verrucoso sobre HS, sin detectarse ADN de virus de papiloma humano (VPH). Se realizó exéresis amplia de la lesión y estudio de extensión que resultó normal.

Discusión. Hay pocos casos descritos en la literatura actual de CE sobre áreas de HS, considerada una complicación rara que aparece en formas de muy larga evolución a nivel glúteo y con implicación en algunos casos del VPH. Suelen tener un patrón histológico expansivo y poco infiltrante, aunque con un pronóstico muy pobre. La variante de carcinoma verrucoso presenta un pronóstico similar al

CE bien diferenciado. Por otro lado, en nuestro caso cabe plantearse si el tratamiento inmunosupresor favoreció o no su desarrollo. **Conclusión.** El CE es una complicación rara de HS, aunque histológicamente parecen poco agresivos, su pronóstico es desfavorable.

22. ERITEMA TÓXICO POR QUIMIOTERAPIA LOCALIZADO EN EL SITIO DE INYECCIÓN

E. Ríos-Viñuela^a, E. Bernia Petit^a, T. Toledo-Pastrana^b, C. Requena Caballero^c y O. Sanmartín Jiménez^c

^aInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^bHospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. ^cInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción Los agentes quimioterápicos son responsables de una amplia variedad de reacciones adversas cutáneas, incluyendo reacciones citotóxicas, muchas de las cuales han sido mal definidas, y clasificadas de un modo confuso en el pasado. El llamado eritema tóxico por quimioterapia es un espectro de manifestaciones cutáneas debidas a un efecto citotóxico directo de estos fármacos, que incluye muchas de estas entidades previamente mal definidas. Sin embargo algunas de ellas, como la llamada necrólisis epidérmica localizada, están aún por caracterizar.

Métodos Con el objetivo de definir las características clínicas e histológicas de la llamada necrólisis epidérmica localizada (en el sitio de inyección), realizamos un estudio observacional retrospectivo del total de 45 casos compatibles con el diagnóstico de necrólisis epidérmica localizada evaluados en el Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología, entre enero de 1998 y diciembre de 2019. Paralelamente, se realizó una revisión sistemática de la literatura, en la que identificamos 34 casos adicionales.

Resultados. En conjunto, el total de 79 casos incluidos pudieron ser clasificados en 3 formas de presentación clínica bien diferenciadas: una con lesiones tipo eritema multiforme, otra con lesiones tipo eritema fijo medicamentoso, y una erupción supravenosa persistente que consistía principalmente en hiperpigmentación residual, todas ellas localizadas en la vena de infusión del fármaco. En todas ellas, los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con citotoxicidad directa. En la literatura, la nomenclatura para designar a esta característica reacción citotóxica ha sido muy variable, utilizando múltiples términos descriptivos de modo inconsistente, y a pesar de tratarse de una reacción de citotoxicidad directa, no ha sido previamente incluida dentro del espectro del eritema tóxico por quimioterapia.

Conclusión. La llamada necrólisis epidérmica localizada es una reacción adversa cutánea resultante de un efecto de citotoxicidad directa por agentes quimioterápicos clásicos, que se caracteriza por la afectación de la piel suprayacente a la vena de infusión. Puesto que se trata de una reacción clínica e histológicamente compatible con un efecto por citotoxicidad directa, esta entidad debe ser incluida dentro del espectro del eritema tóxico por quimioterapia. Proponemos el nombre de eritema tóxico por quimioterapia localizado en el sitio de inyección para denominar a esta característica reacción adversa, en un esfuerzo por unificar su nomenclatura.

23. COMORBILIDADES EN EL PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO: SERIE DE CASOS

L. Bou Boluda, M. Matellanes Palacios, V. Dios Guillán, C. Fernández Romero y E. Gimeno Carpio

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. El pseudoxantoma elástico es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva que se debe a mutaciones en el gen *Abcc6*. Se caracteriza por la calcificación y fragmentación progresi-

va de las fibras elásticas, con afectación principalmente de la dermis, la membrana de Bruch ocular y la pared vascular.

Material y métodos. Desde nuestro hospital, presentamos una serie de casos de pseudoxantoma elástico diagnosticados entre 2010 y 2020. A través de la base de datos seleccionamos un total de 8 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos propuestos por Plomp et al. en 2010. De estos pacientes recogimos las variables de: edad al diagnóstico, sexo, antecedentes familiares, resultados genéticos, manifestaciones a nivel cutáneo, oftalmológico, cardiovascular, neurológico, del tracto gastrointestinal y urológico.

Resultados y discusión. A nivel demográfico destacó una mayor proporción de varones y una edad más avanzada al diagnóstico respecto a lo publicado en la literatura. Todos los pacientes presentaron la clínica cutánea típica de pápulas amarillentas en el cuello y zonas de flexión, así como las estrías angioides a nivel ocular. Además, la mayoría presentaron otras manifestaciones dermatológicas y oftalmológicas menos conocidas. Un alto porcentaje de los pacientes presentaron comorbilidades derivadas de la afectación de la pared vascular, sobre todo a nivel neurológico. La hipertensión arterial y la nefrocalcinosis fueron hallazgos frecuentes. Además, 6 de los 8 pacientes presentaron dislipemia, cuya relación con la enfermedad ya ha sido descrita previamente en la literatura. Aunque no existe un tratamiento curativo para el pseudoxantoma elástico, es importante minimizar las complicaciones mediante la valoración oftalmológica periódica y el control de los factores de riesgo cardiovascular, ya que la morbimortalidad depende principalmente del grado de afectación vascular.

24. MICETOMA SUPURATIVO Y FISTULIZANTE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Á. Aguado Vázquez, E.M. Sánchez Martínez, H. Gegúndez Hernández, F.J. Melgosa Ramos y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Fundamento. Se presenta un caso clínico de Micetoma por *Nocardia farcinica*, del cual solo existen 2 casos publicados de afectación cutánea primaria en la literatura.

Caso clínico. Varón de 55 años, colombiano, residente en España hace 20. Refiere lesiones supurativas en codo izquierdo de 14 años de evolución. Niega dolor, clínica constitucional ni reducción de movilidad en articulación del codo ni articulaciones distales. A la exploración pápulas deprimidas y nódulos eritematosos con ulceración y cicatrización en articulación del codo con supuración espon-tánea ocasional rojo-amarillenta. No presenta patología crónica y refiere infiltración de corticosteroides en articulación del codo por artropatía hace 15 años.

Discusión. Un micetoma es una formación infecciosa causada generalmente por inoculación directa de microorganismos a través de la piel. La nocardiosis es la infección causada por la familia *Nocardia* spp. Ocurre más frecuentemente en pacientes inmunosuprimidos pero en un tercio de los casos sucede en inmunocompetentes. Produce afectación pulmonar, sistémica (con o sin afectación cutánea secundaria) o cutánea primaria. El tratamiento consiste en una pauta larga de trimetoprim-sulfametoxazol, que actualmente realiza nuestro paciente.

25. SÍNDROME DE ACHENBACH

M. Matellanes Palacios, L. Bou Boluda, V. Dios Guillán, C. Fernández Romero y E. Gimeno Carpio

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción. Existen diferentes condiciones patológicas que se presentan con cambios en la coloración de las extremidades. Reconocerlas es de gran interés porque algunas implican una enferme-

dad subyacente potencialmente grave. El síndrome de Achenbach es un trastorno vascular de manos y pies, de etiología desconocida y de curso benigno.

Caso clínico. Mujer de 55 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, acudió por dolor y coloración azulada de manera repentina en su cuarto dedo de mano derecha. Negaba trauma reciente e introducción de nuevos medicamentos. No había tenido episodios previos similares. A la exploración física objetivamos edema y hematoma subcutáneo con relleno capilar normal. Las pruebas de laboratorio incluyendo estudio de coagulación fueron normales. En la ecografía doppler no se detectó patología. Los síntomas mejoraron sin tratamiento a los tres días. Realizamos el diagnóstico de síndrome de Achenbach.

Discusión. Achenbach describió por primera vez el síndrome en 1958. También conocido como hematoma paroxístico de los dedos. Se caracteriza por sangrado subcutáneo espontáneo en los dedos. Manifestándose en forma de episodios súbitos de dolor y edema en uno o más dígitos con la subsecuente aparición de un hematoma, predominantemente en la región palmar de las falanges proximales. Es una condición rara, que se observa particularmente en mujeres de mediana edad. La causa es desconocida. Singer sugirió que la resistencia capilar reducida juega un papel importante. El diagnóstico es principalmente clínico. Dada su baja frecuencia de presentación, la literatura disponible es escasa. El conocimiento de la existencia de esta condición benigna es importante para evitar diagnósticos erróneos y procedimientos de diagnóstico prescindibles.

26. EPIDEMIOLOGÍA DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PLANA

L. Vericat Portolés, C. Sanchis Sánchez, P. Molés Poveda, R. Ballester Sánchez y F. Valcuende Cavero

Hospital Universitario de La Plana. Castellón. España.

Introducción. El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor no melanocítico más frecuente en el mundo. El aparente aumento de su incidencia debido al envejecimiento poblacional es un problema de salud pública a causa de la morbimortalidad que conlleva.

Objetivo. Calcular la prevalencia del CEC en el año 2004 y en el año 2019 en el Departamento de Salud del Hospital Universitario de La Plana (HULP) en Villarreal (Castellón).

Material y métodos. El diseño de este estudio tiene un carácter descriptivo e inferencial, transversal, observacional y retrospectivo. Para ello se ha utilizado el registro de datos de CEC del Servicio de Anatomía Patológica del HULP de los años 2004 y 2019, recogiendo así las características epidemiológicas e histológicas de cada tumor.

Resultados. En el año 2004 la prevalencia del CEC fue del 0,035% (61 casos: 77% hombres y 23% mujeres) y la edad mediana del diagnóstico fue 77 años. Mientras que en el año 2019 la prevalencia fue del 0,073% (137 casos: 67% hombres y 33% mujeres) y la edad mediana del diagnóstico fue de 81 años. Respecto a la localización del tumor, en ambos años fue más frecuente en cabeza y cuello (62,3% en 2004 y 57,7% en 2019). También en los dos años el subtipo histológico más frecuente fue el bien diferenciado (34,4% en 2004 y 42,8% en 2019).

Conclusión. La prevalencia del CEC en el Departamento de Salud de La Plana se ha duplicado en los últimos 15 años.

27. UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL DE LOS SIRINGOMAS

S. Vera Álvarez, L. Beas Porcel, J. Espiñeira Sicre y L. García Fernández

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. España.

Introducción. El siringoma es una neoplasia anexial benigna con diferenciación ductal que deriva de la porción intraepidérmica del

conducto glandular ecrino. Clínicamente se presenta como múltiples pápulas asintomáticas de pequeño tamaño, marrónáceas o color piel, afectando al área periocular o al tronco.

Caso clínico. Mostramos el caso de una mujer de 31 años sin antecedentes personales que acude a nuestro servicio por la aparición de múltiples pápulas dispuestas simétricamente sobre la superficie de ambos labios mayores, que habían ido creciendo progresivamente en los últimos 12 meses hasta adquirir la conformación de nódulos. Las lesiones eran levemente pruriginosas y ocasionaban un enorme estrés psicológico a la paciente por la posibilidad de que estuvieran asociadas a una enfermedad venérea. El análisis histopatológico de una de las lesiones mostró una proliferación dérmica bien delimitada de conductos glandulares formados por células epiteliales cuboideas dispuestas en dos capas, sin atipia citológica, embebidas en un estroma fibroso y algunas de ellas formando una estructura descrita como característica del siringoma: imagen en coma o renacuajo.

Discusión. La patología de la mucosa vulvar es un motivo de consulta frecuente en diferentes rangos etarios, si bien el diagnóstico diferencial de las lesiones vulvares varía en gran medida según nos aproximamos más a la juventud o a la senectud. La alta prevalencia en nuestro medio de lesiones relacionadas con la infección por el VPH condiciona una gran "venereofobia" en los jóvenes que presentan lesiones similares a condilomas. Es por ello necesario realizar un diagnóstico preciso y trasladar la información de manera adecuada a un paciente que muy probablemente esté viviendo el proceso con una carga emocional considerable.

28. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PLANA EN LA ÚLTIMA DÉCADA (2010-2019)

C. Sanchis Sánchez, L. Vericat Portolés, R. Ballester Sánchez, P. Molés Poveda y F. Valcuende Cavero

Hospital Universitario de La Plana. Castellón. España.

Introducción. La leishmaniasis cutánea es la forma más común de leishmaniasis, endémica de la Costa Mediterránea y España, donde cada vez se están registrando más casos. Este aumento de incidencia podría deberse, entre otras causas, al mayor uso de agentes inmunosupresores.

Objetivo. Describir los casos de leishmaniasis cutánea en el Departamento de Salud de La Plana en la última década (2010-2019).

Material y método. Para analizar la situación se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que recoge los datos clínicos y epidemiológicos de leishmaniasis cutánea en el Departamento de Salud de La Plana durante los últimos diez años (2010-2019).

Resultados. El total de casos diagnosticados de leishmaniasis cutánea en el Departamento de Salud de La Plana en la última década fue de 38 pacientes. En el periodo comprendido entre 2010 y 2014 se diagnosticaron 11 casos (28,9% del total) y en el segundo periodo (2015-2019) el número de casos ascendió a 27 (71,1% del total). En el segundo quinquenio hubo más pacientes tratados con inmunosupresores. El municipio con el mayor número de casos fue Eslda.

Conclusión. Se ha observado un aumento de casos de leishmaniasis cutánea en los últimos años, especialmente en los años 2018 y 2019, en los que se notificaron el 37,6% del total de casos de la última década.

29. COLGAJO TRILOBULADO PARA DEFECTOS EN PUNTA NASAL

M. Pozuelo Ruiz, C. Abril Pérez, J. Roca Ginés, J. Sánchez Arráez y R. Botella Estrada

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción. El cierre de defectos posquirúrgicos de gran tamaño localizados en punta nasal supone un reto para el cirujano dermato-

lógico. Varios factores deben tenerse en cuenta en la elección de un método de cierre que consiga un resultado estético y funcional aceptable. El colgajo trilobulado es una opción capaz de cubrir grandes defectos usando piel local de la nariz, sin generar a su vez grandes tensiones que supongan desviaciones anatómicas indeseadas.

Objetivo. Presentación de un caso clínico en el que se propone el colgajo trilobulado como la opción más adecuada tras cirugía de Mohs de carcinoma basocelular.

Caso clínico. Mujer de 64 años con recidiva de carcinoma basocelular morfeiforme previamente extirpado con márgenes laterales afectos. Se interviene con cirugía de Mohs, obteniendo márgenes libres tras dos estadios. El defecto localizado en punta, dorso y parte de ambas alas nasales, con exposición de cartilago, se cerró mediante un colgajo trilobulado. No existieron complicaciones posquirúrgicas.

Discusión. Existen diversos colgajos útiles para reparar defectos amplios de la punta nasal. Entre ellos se encuentran el colgajo mediofrontal, el bilobulado, trilobulado y el nasogeniano, además de combinaciones de los mismos. En este caso se ha optado por el colgajo trilobulado frente a los anteriores porque aporta amplitud en la rotación para cubrir un defecto de tamaño considerable, conserva las unidades estéticas de la nariz así como el tipo de piel, minimiza tensión sobre alas nasales evitando su deformidad y disminuye la complejidad al realizarse en un tiempo con una única unidad donante, evitando cicatrices secundarias en zonas donantes circundantes.

30. PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA. REPORTE DE DOS CASOS

R.D. Palacios Díaz, J. Roca Ginés, J. Sánchez Arráez, J. López Davia y R. Botella Estrada

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción. La inmunoterapia mediante el empleo de inhibidores PD-1/PD-L1 constituye una parte esencial en el manejo actual de neoplasias malignas avanzadas. El desarrollo de eventos adversos inmunitarios asociados a su uso puede impactar en la eficacia del tratamiento. La afectación cutánea es una toxicidad importante y generalmente temprana de dichos fármacos. No obstante, el penfigoide ampolloso asociado al empleo de inhibidores PD-1/PD-L1 corresponde a una manifestación poco frecuente y usualmente tardía. **Material y métodos.** Se describen las características clínicas y manejo diagnóstico-terapéutico de dos pacientes con penfigoide ampolloso asociado a inhibidores PD-1/PD-L1 presentados a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario i Politécnico La Fe.

Conclusión. El penfigoide ampolloso se suele presentar con una fase prodrómica pruriginosa que precede a la aparición de ampollas subepidérmicas tensas en tronco y/o extremidades. El penfigoide ampolloso es una manifestación cada vez más relevante por el amplio uso actual de la inmunoterapia. La sospecha, evaluación e identificación precoz de eventos adversos inmunes cutáneos es importante ya que resulta en el inicio oportuno de un tratamiento que permita continuar la inmunoterapia, componente fundamental de la terapéutica de la neoplasia maligna de base de estos pacientes.

31. ÚLCERAS DIGITALES Y ACROOSTEÓLISIS, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DEL SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO

L. Beas Porcel, S. Vera Álvarez, J. Espiñeira Sicre y L. García Fernández

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. España.

El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Hasta en un 20% de los casos se puede acompañar de manifestaciones a nivel cutáneo y óseo, variante denominada

STC ulcerativo-mutilante, caracteriza por la presencia de lesiones ulcerativas, vesículo-ampollas, esclerodactilia, distrofia ungular y en última instancia una acroosteólisis, localizada en el territorio innervado por el nervio mediano, fundamentalmente en los pulpejos y el dorso del 2º y 3º dedo de la mano. Estas alteraciones aparecen en el contexto de un daño severo del nervio mediano.

Caso clínico. Varón de 63 años de edad, no fumador, obeso, sin antecedentes de interés, ni tratamiento habitual. Trabajaba como jardinero y profesor de guitarra española. Acudió a consulta por la presencia desde hacía un año y medio de lesiones ulcerativas en el pulpejo y dorso del 3º dedo de ambas manos, asintomáticas, así como resorción de la falange distal, más pronunciada en la mano izquierda y un engrosamiento y endurecimiento cutáneo, acompañado de un afinamiento de la falange distal del 2º dedo de ambas manos. Estos cambios coincidieron con el inicio de parestesias e hipoestesia en dicha región. Se solicitó un estudio radiográfico de ambas manos, donde se observó una acroosteólisis de las falanges distales del 3º dedo de ambas manos y un electromiograma donde se constató la presencia de una mononeuropatía severa del nervio mediano bilateral. Ante dichos hallazgos se derivó al paciente al servicio de traumatología y se encuentra pendiente de realización de descompresión quirúrgica del nervio mediano.

Conclusión. Presentamos el caso de un varón con un síndrome del túnel carpiano ulcerativo-mutilante, entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones ulcerativas a nivel digital, destacando la importancia del establecimiento de un diagnóstico precoz con el fin de evitar el desarrollo de lesiones óseas irreversibles.

32. ERYTHEMA NODOSUM LIKE LESIONS AS INITIAL PRESENTATION OF ALEUKEMIC ACUTE MYELOID LEUKEMIA

J. Lorca Spröhnle, C. Labranderoy Hoyos, A. Casanova Esquembre, R. Peñuelas Leal y V. Alegre de Miquel

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introduction. Specific cutaneous involvement in acute myelogenous leukemia is a rare and late manifestation. Patients with leukemia can develop non-specific cutaneous lesions. We describe a patient with inflammatory cutaneous nodules resembling erythema nodosum (EN) in which histopathology study prompted to diagnose aleukemic leukemia cutis.

Case report. A 48-year-old female presented to our Emergency Department with a 11-day history of asthenia, fever, painful bilateral parotid enlargement and symmetrical painful cutaneous nodules in her lower extremities. An extensive laboratory workup was normal, including blood, thyroid, liver, renal, and a negative panel to autoimmune and infectious diseases. Skin biopsy was taken. Full regression of parotid and skin lesions were observed after 2-weeks with prednisone. Twenty-two days after, our patient came back with a 24-hour history of multiple non-trauma related bruising. The peripheral blood count showed leucocytosis with neutrophilia and thrombocytopenia. 13% of blast cells were observed in peripheral smears. A diagnosis of acute leukemia syndrome was made. Histopathology study of skin nodules showed a periadnexal foci of immature and atypical granulocytic blast cells located in papillary dermis and in the septum of subcutaneous tissue. Immunophenotype was: CD68+, myeloperoxidase +, CD117 -, CD15-, CD20-, CD3-, CD34-, CD4- and CD56-. An aleukemic myeloid leukemia (AML) cutis with EN-like presentation diagnosis was made.

Discussion. EN is the prototypic septal panniculitis. Histopathologic examination to disclose the presence of immature infiltrate is mandatory to disclose between inflammatory EN and specific lesion of leukemia. EN like lesion might be the initial presentation of AML, so close follow-up must be achieved. An underlying malignancy should be investigated if there is a persistence, lack of response or developing of nonspecific signs other than EN.