



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reuniones de la Sección Catalana de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Reunión ordinaria 27 de febrero 2020. Barcelona

1. ¿CÓMO TRATARÍA USTED, PEDIÁTRICO?

T. Repiso

Servicio de Dermatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Se presentan tres casos clínicos a discusión terapéutica.

Caso 1 (discutido por Xavier Miquel Bosch. Hospital Sant Joan de Déu): Se plantea la clasificación clínica de la leishmaniasis y las opciones terapéuticas. Niño de 6 años, con origen familiar de Marruecos, que presenta pápulas hiperqueratósicas múltiples agrupadas en un área superior a 5 cm sobre cara externa de la articulación del codo D. Antecedente de viaje a Marruecos un año antes con biopsia compatible y tipificación mediante caracterización molecular de Leishmania mayor. Se consideró tributaria de tratamiento sistémico y se instauró anfotericina liposomal intravenosa 3 mg/kg, una dosis semanas un total de 6 dosis con curación de las lesiones.

Caso 2 (discutido por Verónica Mora. Hospital Germans Trias i Pujol): Se presenta un caso de acné conglobata inflamatorio severo con limitación terapéutica por patología psiquiátrica asociada. Niño de 16 años con hipotiroidismo, trastorno bipolar y obsesivo compulsivo en tratamiento psiquiátrico completo que presenta acné conglobata nodular altamente inflamatorio. Tiene contraindicación absoluta para el uso de corticoides orales desde el punto de vista psiquiátrico con aparición de nódulos angiomasos en el contexto del tratamiento con isotretinoína. Se discuten las opciones terapéuticas. El tratamiento con dosis bajas lentamente instauradas y mantenidas con isotretinoína junto a propionato de clobetasol tópico permiten el control y la curación del acné.

Caso 3 (discutido por Helena Iznardo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau): Se exponen las dificultades reales prácticas de la instauración del tratamiento oral con propranolol en paciente prematura severa con comorbilidad pulmonar. Niña prematura de 26 semanas con displasia broncopulmonar severa que precisó intubación, con posterior paso a CPAP y cánulas nasales. En la semana 37 se diagnosticó de hemangioma profundo palpebral inferior izquierdo que

no ocluye eje visual pero en crecimiento progresivo. Se discute la problemática de la instauración del tratamiento con propranolol cuando existen contraindicaciones por patología asociada. Finalmente, a los 3 meses de edad corregida, fue posible iniciar el tratamiento con propranolol oral con excelente respuesta.

Reunión ordinaria 17 de septiembre 2020. Virtual

1. NEVUS MELANOCÍTICOS ACRALES INFANTILES

E. Canal-García^a, R. Aguayo-Ortiz^a, F. Vilardell^b, X. Soria^a, J.À. Baldó^a, J. Pérez Manich^a, P. Vargas Ramos^b y R.M. Martí^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción. Los nevus melanocíticos acrales son relativamente frecuentes, con una prevalencia estimada alrededor del 20%. Sin embargo, los nevus de Spitz de localización acral son infrecuentes (< 4%) y están infradiagnosticados.

Casos clínicos. 1) Niño de 9 años que consulta por lesión pigmentada asintomática en su mano derecha de 8 meses de evolución, que recientemente se había vuelto más oscura y morfológicamente atípica. A la exploración se observó una mácula asimétrica, intensamente pigmentada, marrón oscuro, de 13 × 3 mm de tamaño, localizada en la región volar del segundo dedo de la mano derecha. Los hallazgos dermatoscópicos demostraron un patrón paralelo de la cresta. Se realizó escisión quirúrgica completa de la lesión para descartar malignidad. El examen histológico reveló el diagnóstico de nevus de Spitz pigmentado acral. 2) Niño de 12 años que consultó por una lesión adquirida en el dorso del cuarto dedo de la mano izquierda. Se trataba de una pápula rosada, indurada a la palpación, de 12 × 7 mm, que a la dermatoscopia presentaba vasos puntiformes y áreas rojo-lechosas. Se realizó una ecografía cutánea, observando una lesión hipoeoica, bien delimitada, dérmica, doppler negativa. Se extirpó la lesión, siendo el diagnóstico de nevus de Spitz intradérmico acral.

Discusión. Los nevus de Spitz acrales comprenden aquellos nevus localizados en palmas, plantas y dedos de manos y pies. Son más comunes en mujeres adultas jóvenes, se localizan con mayor frecuencia en los pies y presentan mayor tamaño que los nevus melanocíticos acrales. A diferencia de los nevus de Spitz clásicos, suelen aparecer como una lesión pigmentada plana en más del 70% de los casos, tal como se presentó nuestro primer caso. Los nevus de Spitz acrales se caracterizan por un comportamiento benigno. Sin embargo, presentan características clínico-patológicas sospechosas de malignidad lo que impide un manejo conservador.

2. ENFERMEDAD DE DARIER SEGMENTARIA: VARIANTE CLÍNICA CON ACNÉ QUÍSTICO HEMIFACIAL Y LESIONES LINEALES EN EL HEMICUERPO

A. Sánchez Puigdollers^a, L. Pastor Jané^a, L. Adalid Llansa^b, J.F. García-Fontgüivell^b, M. Just Sarobé^a, P. Turégano Fuentes^a y J.A. Pujol Montcusí^a

^aServicio de Dermatología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción. Presentamos una forma clínica extremadamente rara de enfermedad de Darier (ED) segmentaria tipo 1 con lesiones acneiformes hemifaciales y placas lineales e hiperqueratósicas en el hemicuerpo.

Caso clínico. Varón de 37 años sin antecedentes de interés que consultaba por acné hemifacial derecho asociado a lesiones en el hemicuerpo ipsilateral, de años de evolución. A la exploración, se observaban lesiones acneiformes, con comedones abiertos y microquistes en la mitad derecha de la cara. En el hemicuerpo derecho presentaba placas hiperqueratósicas lineales con algunos comedones, siguiendo las líneas de Blaschko del tórax, abdomen y dorso de la mano derechos. Las lesiones del cuerpo eran muy sugestivas de ED segmentaria y las lesiones faciales podían corresponder a la variante acneiforme de esta entidad. En la histopatología de una lesión facial y corporal se hallaron disqueratosis (cuerpos redondos) y acantólisis suprabasal, característicos de la ED. En la biopsia facial estos hallazgos se localizaban exclusivamente a nivel perifolicular. Realizando la correlación clínico-patológica, emitimos el diagnóstico de ED segmentaria tipo 1 con lesiones acneiformes faciales y blaschkoides en el cuerpo, donde también presenta lesiones hiperqueratósicas típicas. Considerando la extensión del cuadro y el predominio de comedones, decidimos iniciar isotretinoína oral 20 mg al día (0,28 mg/kg/día).

Discusión. En la literatura médica hay descritos más de 80 casos de ED segmentaria tipo 1. La presentación clínica más frecuente son las lesiones hiperqueratósicas clásicas siguiendo las líneas de Blaschko. Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, no hemos encontrado formas clínicas acneiformes segmentarias, por lo que consideramos que sería el primer caso descrito con estas manifestaciones. Destacamos que no solo tenía un acné comedoniano hemifacial, sino que los comedones también se encontraban en las placas hiperqueratósicas del tronco. También resulta de especial interés señalar que, en los comedones faciales, los hallazgos histopatológicos típicos de la ED (disqueratosis y acantólisis) se encontraban exclusivamente a nivel perifolicular.

3. LESIONES ARCIFORMES CRECIENTES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L. Rusiñol^a, X. Cubiró^a, P. García-Muret^a, A. Mozos^b y L. Puig^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción. La micosis fungoide puede presentar un amplio rango de manifestaciones clínicas, junto con una histología que puede ser inespecífica, resultando en una gran dificultad diagnóstica.

Caso clínico. Mujer de 50 años sin antecedentes previos, que consulta en dermatología por aparición desde hace 8 meses de placas arciformes eritematodescamativas con refuerzo folicular y pústulas periféricas en miembro inferior derecho, asociada a una lesión central ulcerada de unos 10 cm de diámetro con fondo fibrinoide y bordes sobreelevados. Se realizó biopsias incisionales de la lesión ulcerada central y punch de la placa anular. Histológicamente se observó, en la lesión ulcerada, la presencia de un infiltrado compuesto de linfocitos T atípicos grandes, en comparación al tamaño de los linfocitos en la lesión periférica, con pérdida de marcadores y reordenamiento clonal en ambas zonas. Por ende, se diagnosticó de micosis fungoide con transformación a célula grande. El estudio de extensión no mostró alteraciones. La paciente fue sometida a radioterapia local, presentando gran mejoría de las lesiones en el miembro afecto.

Discusión. La micosis fungoide es una de las entidades conocidas como gran simuladora, por la gran variabilidad clínica que puede presentar. Ocasionalmente, puede transformarse a células grandes, siendo más frecuente en fases más avanzadas y presentando peor pronóstico. Dentro del diagnóstico diferencial hay múltiples agentes infecciosos (hongos profundos, leishmania, micobacterias, etc.), fácilmente descartados mediante técnicas microbiológicas. No obstante, puede haber colonizantes, como en nuestro caso, que se había detectado un *Aspergillus fumigatus*, que puede dificultar el diagnóstico. Otros diagnósticos valorados como el pioderma gangrenoso, la yododerma y la blastomicosis-like pyoderma fueron descartados por los hallazgos histológicos, de allí la importancia de una correlación clinicopatológica. A nivel terapéutico, existen múltiples tratamientos, pudiendo ser locales o sistémicos. La elección del tratamiento variará en función del número y fase de las lesiones y del estadio de la enfermedad.

4. MUJER DE 77 AÑOS CON NÓDULOS DOLOROSOS GENERALIZADOS RECIDIVANTES

L. Serra-García^a, F. Alamon-Reig^a, D. Rizo-Potau^a, N. Castrejón^b, P. Castillo^b, P. Iranzo^a, P. Giavedoni^a y J.M. Mascaró Jr.^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. El eritema nudoso (EN) constituye la paniculitis más frecuente, y puede ser secundario a múltiples etiologías. Presentamos el caso de una mujer con EN asociado a un linfoma intraabdominal primario.

Caso clínico. Mujer de 77 años, alérgica a los AINE, con antecedentes de tuberculosis, condrocalcinosis y trastorno ansioso-depresivo. Derivada por nódulos eritematosos en extremidades inferiores y superiores, fiebre vespertina, pérdida de peso y astenia de seis meses de evolución. La exploración física reveló nódulos y placas eritematosos no ulcerados de hasta 10 cm de diámetro, calientes y dolorosos, en zonas pretibiales, muslos y codos. Además, presentaba una marcada distensión abdominal. La biopsia cutánea mostró una paniculitis de predominio septal sin vasculitis con granulomas radiales de Miescher. Inició tratamiento con yoduro potásico, con mejoría cutánea progresiva, e ingresó para estudio. Se descartaron causas farmacológicas, infecciosas, enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas. La tomografía reveló una gran masa sólida intraabdominal, cuyo estudio histológico confirmó el diagnóstico de linfoma de la zona marginal intraabdominal. Se inició tratamiento quimioterápico, con evidente mejoría clínica y analítica.

Discusión. El EN es una paniculitis septal caracterizada por nódulos y placas eritematosos no ulcerados de localización preferentemente pretibial. Constituye una reacción de hipersensibilidad frente a múltiples estímulos antigénicos: infecciones, enfermedades inflamatorias, autoinmunes, fármacos, neoplasias, embarazo, etc. Aunque es una entidad benigna y mayoritariamente idiopática, puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica, por lo

que su diagnóstico debe ir seguido de un estudio etiológico. Las neoplasias representan una causa infrecuente, pero descrita, de EN, asociándose mayoritariamente a linfomas y leucemias. El tratamiento del EN es etiológico, y sintomático con reposo y AINE, pudiendo usarse también el yoduro potásico. Ante el diagnóstico de EN debemos realizar una exhaustiva búsqueda etiológica ya que puede ser, como en nuestra paciente, el primer signo de una enfermedad sistémica.

Reunión ordinaria 26 de noviembre 2020. Virtual

1. LESIONES VEGETANTES ASOCIADAS AL CONSUMO DE COCAÍNA INHALADA

M. Fabregat, E. del Alcázar, A. Quer y J.M. Carrascosa

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. IGTP. Badalona. España.

La pododermatitis (PDV) vegetante es una dermatosis inflamatoria de etiología desconocida que se ha relacionado con múltiples enfermedades sistémicas, especialmente con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Describimos 2 casos de PDV asociados al consumo de cocaína inhalada. El primer caso fue una mujer de 37 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y rinitis crónica. El segundo, un hombre de 57 años con antecedentes de rinitis crónica. Ambos pacientes consultaban por lesiones localizadas en la zona nasal de 4 y 12 meses de evolución, respectivamente, y eran consumidores habituales de cocaína. A la exploración se observaban placas vesiculopustulosas de aspecto vegetante y exudativas, localizadas en el área nasal y perinasal con afectación de las narinas. En el estudio histológico se objetivó la presencia de hiperplasia epidérmica y de un infiltrado inflamatorio formado principalmente por eosinófilos con microabscesos de eosinófilos y neutrófilos. En los cultivos se aislaron *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus agalactiae*. La inmunofluorescencia directa (IFD) del primer paciente fue positiva, con depósitos de IgA y débiles de IgG, mientras que en el segundo paciente, tanto la IFD como la indirecta fueron negativas. Ninguno de ellos presentó clínica sugestiva de EII. En los 2 casos se realizó tratamiento con antibioterapia y corticoides sistémicos con mejoría de las lesiones. Los hallazgos clínicos e histopatológicos resultaron compatibles con el diagnóstico de PDV y la ausencia de claros depósitos de IgG y C3 en la basal de la epidermis permitieron descartar un pénfigo vegetante como principal diagnóstico diferencial. Por el contrario, la presencia de depósitos granulares de IgA e incluso débiles de IgG se han descrito de forma reciente en la PDV. La PDV podría añadirse al conjunto de manifestaciones cutáneas asociadas al consumo de cocaína.

2. LESIONES GENITALES VEGETANTES EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

G.J. Sánchez Rodríguez^a, X. Cubiró Raventós^a, A. Mozos Rocafort^b, E. Rozas-Muñoz^c, J. Mir Bonafé^d, C. López Sánchez^a y L. Puig^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Concepción. Concepción. Chile. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

Introducción. El virus herpes simple (VHS) es la causa más frecuente de úlceras genitales a nivel mundial. La gravedad y la forma de

presentación dependen, en gran medida, de la inmunidad del huésped.

Caso clínico. Varón de 55 años con antecedente de sida que comenzó con úlceras en prepucio y línea media escrotal de semanas de evolución que empeoraron tras reiniciar terapia antirretroviral por una neumonía por *P. jirovecii* en 2017. Se realizó cultivo virológico, positivo para VHS2, y una biopsia con cambios citopáticos concordantes con infección herpética. Las lesiones resolvieron con valaciclovir a dosis estándar. En 2019, reconsulta por cuadro similar al inicial, con cultivo positivo para VHS2. Tras fracaso terapéutico con valaciclovir, se añade cidofovir crema 3% ante la sospecha de resistencias, con lo que las lesiones regresan. Posteriormente, reconsulta por úlceras exofíticas, exudativas en surco balanoprepucial, escroto y periné. Se ensaya valaciclovir con cidofovir, sin mejoría. En controles posteriores se realizan múltiples cultivos, repetidamente negativos, y biopsias, no concluyentes. Ante la sospecha de herpes simple crónico (HSC), se revisan las últimas biopsias y realiza de PCR de ADN extraído de las mismas. Se hallaron cambios citopáticos y positividad para VHS2, diagnosticándose de HSC vegetante. Tras 21 días de tratamiento con aciclovir intravenoso, 0,5 mg/kg/día, las lesiones habían prácticamente resuelto.

Discusión. EL HSC vegetante es una variedad infrecuente de HSC que suele asentar en huéspedes inmunodeprimidos. Su diagnóstico es complejo porque suelen ser lesiones asintomáticas, los cultivos virológicos pierden sensibilidad, arrojando falsos negativos como nuestro caso, siendo recomendable realizar PCR ante la sospecha diagnóstica. El fracaso terapéutico es habitual, dependiendo de la inmunidad del huésped y las resistencias a la familia del aciclovir. En dichos casos sería recomendable realizar estudios de sensibilidad o, si no es posible, ensayar con supradosis farmacológicas (orales o intravenosas) con dicha familia, o fármacos como cidofovir o foscarnet.

3. NÓDULOS Y PÁPULAS COSTROSAS EN CODOS Y RODILLAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

P. Castro, Á. Gómez-Tomás, M. Velasco, G. Aparicio, C. Ferrándiz, B. Ferrer, I. Ramos y V. García-Patos

Servicios de Dermatología Médico-Quirúrgica y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. España.

Presentamos el caso de un varón de 50 años en seguimiento por medicina interna por una granulomatosis con poliangeítis de 20 años de evolución, refractaria a multitud de tratamientos sistémicos, actualmente en remisión tras administración de rituximab. Es remitido a dermatología por lesiones cutáneas asociadas a epistaxis recurrente, sin ningún otro tipo de sintomatología sistémica. Las lesiones tienen dos semanas de evolución y son asintomáticas. A la exploración física, se aprecia alguna vesícula erosionada en frente y pápulo-nódulos eritematosos en codos y rodillas, umbilicados, infiltrados y con una zona costrosa central. El estudio microbiológico a través de PCR en exudado para VHS1 y VHS2 y cultivo bacteriano en exudado cutáneo, así como cultivo bacteriano, micobacteriano y fúngico en biopsia cutánea, mostró crecimiento únicamente de *Staphylococcus aureus* multisensible. El estudio histológico a través de biopsia cutánea objetivó una epidermis ulcerada, con necrobiosis colágena con degeneración basófila del colágeno en dermis rodeada por una empalizada de histiocitos, con abundante leucocitoclastia e infiltración por neutrófilos, siendo el diagnóstico compatible con dermatitis granulomatosa neutrofílica en empalizada (DGNE). Se orientó en cuadro como reactivación de granulomatosis con poliangeítis, administrando nueva dosis de rituximab con resolución completa de las lesiones. La DGNE es una entidad de patogénesis incierta. La presentación clínica típica consiste en pápulo-nódulos umbilicados, costrosos y ulcerados en superficies de extensión, con distribución simétrica. La importancia

de la DGNE radica en su asociación con multitud de procesos sistémicos, entre los que destacan las conectivopatías, artropatías inflamatorias y discrasias sanguíneas. Los hallazgos clínicos e histológicos de la DGNE son superponibles en muchas ocasiones a otras dos entidades conocidas como dermatitis granulomatosa intersticial y dermatitis granulomatosa intersticial farmacológica, por lo que se ha propuesto su unificación en una única entidad: dermatitis granulomatosa reactiva. El tratamiento de la DGNE consiste en el tratamiento del proceso sistémico subyacente.

4. MÚLTIPLES PÁPULAS PARDO-AMARILLENTAS EN UNA MUJER ADULTA

D. Marín Piñero^a, M. Iglesias Sancho^a, N. Pérez Muñoz^b, M.T. Fernández Figueras^b, M.T. Cibeira López^c, F. Rojo Todo^d, J. Arandes Marcocci^a y M. Salleras Redonnet^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. ^cServicio de Hematología. Hospital Clínic de Barcelona. ^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. Las histiocitosis son un conjunto de neoplasias hematopoyéticas que frecuentemente presentan compromiso cutáneo. Si bien la diferenciación clásica entre histiocitosis de Langerhans y no Langerhans sigue vigente hoy en día, su concepción y clasificación ha variado durante los últimos años. Dentro de las histiocitosis no Langerhans encontramos aquellas formas que cursan con xantogranulomas. Ante un diagnóstico de xantogranuloma es importante determinar si se trata de una lesión solitaria o si estamos frente a una forma múltiple o diseminada. Este segundo escenario obligará a descartar compromiso de otros órganos así como concomitancia de otras neoplasias hematopoyéticas. Además, estas formas múltiples o diseminadas precisarán descartar la existencia de mutaciones en la vía de las MAP quininas (MAPK) al poder tratarse de un marcador de enfermedad de Erdheim-Chester.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 51 años con antecedentes a destacar de neoplasia de mama libre de enfermedad e hipercolesterolemia que consultaba por la aparición de múltiples pápulas pardoamarillentas de predominio en tronco y extremidades inferiores histológicamente compatibles con xantogranulomas, así como placas amarilloanaranjadas perioculares compatibles con xantomas. Tras el estudio patológico y atendiendo a la clínica y persistencia de las lesiones se llegó al diagnóstico de xantogranuloma múltiple del adulto. El estudio de extensión radiológico no evidenció afectación de otros órganos y la analítica únicamente constató una gammapatía monoclonal con un aspirado de médula ósea normal. Mediante estudio genético se pudo descartar la existencia de mutaciones en BRAF, NRAS y KRAS. Se ensayó tratamiento con isotretinoína sistémica y rapamicina tópica sin éxito.

Conclusión. Deberíamos considerar el término xantogranuloma como un diagnóstico histológico descriptivo a correlacionar con sus

múltiples formas de presentación clínica. Si bien a nivel cutáneo lo más habitual serán las formas solitarias de buen pronóstico, las formas múltiples se asocian con una mayor complejidad genética y, por lo tanto, con presentaciones potencialmente más agresivas y de peor pronóstico.

Reunión ordinaria 10 de diciembre 2020. Virtual

1. ASOCIACIÓN DE MELANOMA DESMOPLÁSICO Y LENTIGO MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Pérez-Manich^a, J.À. Baldó^a, E. Canal Garcia^a, S. Moreno Palma^a, V. Sanmartín Novell^a, F. Vilardell Villellas^b y R.M. Martí Laborda^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

El melanoma desmoplásico (MD) es una variante poco frecuente del melanoma maligno (1-4%). Se da sobre todo en pacientes de edad avanzada (media = 71 años), aunque su incidencia está en aumento dado el envejecimiento de la población.

Caso clínico. Varón de 69 años que consultó a cirugía general por presentar una tumoración en cuero cabelludo de meses de evolución, que se orientó como un quiste sebáceo y se decidió exéresis. En el estudio histopatológico se observó una lesión a nivel de dermis superficial y profunda compuesta por células fusiformes S100 y SOX10+ envueltas por un estroma fibroso y un infiltrado linfocitario difuso, orientándose como melanoma desmoplásico (Clark: IV, Breslow: 7 mm). Ante el diagnóstico se derivó a Dermatología, observándose cerca de la cicatriz una mácula hiperpigmentada de bordes irregulares con criterios dermatoscópicos de lentigo maligno (LM). Se realizó biopsia, diagnosticándose de MD combinado con focos de LM y LM melanoma en superficie. El estudio de extensión fue positivo para metástasis a nivel pulmonar y hepático, por lo que se inició tratamiento con pembrolizumab (ante BRAF wild-type), consiguiendo remisión parcial tras dos años (28 ciclos) de tratamiento. El MD supone un reto diagnóstico ya que puede confundirse con otras entidades tanto benignas como malignas. Además, tiene gran tendencia a la invasión local y diseminación hematogena, por lo que la mayoría presentan estadios avanzados al diagnóstico. Clínicamente se muestra como un nódulo, pápula o placa indurada y no pigmentada, aunque la mayoría presenta un LM adyacente. La asociación del MD con el LM es muy frecuente (85% de casos). No obstante, ambos se dan en piel fotodañada crónicamente y presentan un sustrato molecular muy diferente, por lo que no está claro si el LM es un precursor directo del MD o si este se da de novo a partir de melanocitos dérmicos.