



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN ASTUR-CÁNTABRO-CASTELLANO-LEONESA DE LA AEDV

LXXIII Reunión de la Sección Astur-Cantabro-Castellano-Leonesa de la Academia Española de Dermatología y Venereología Oviedo, 6 de abril de 2019

Comunicaciones orales

CO1. ELEVADA PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Durán Vian^a, M. Arias Loste^b, I. Navarro Fernández^a,
L. Reguero del Cura^a, A.E. López Sundh^a; J.L. Hernández^c,
J. Crespo^b, R. Blanco^d, C. Gómez Fernández^a
y M.A. González López^a

Servicio de ^aDermatología, ^bDigestivo, ^cMedicina Interna y
^dReumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. Cantabria. España.

Introducción. Algunas enfermedades cutáneas crónicas como la psoriasis se han asociado a un aumento de prevalencia de hígado graso no alcohólico (NAFLD). No obstante, hasta la fecha, esta asociación no se ha estudiado en pacientes con hidradenitis supurativa (HS).

Hipótesis y objetivos. Estimar la prevalencia de NAFLD en pacientes con HS y sus factores de riesgo asociados.

Material y métodos. Realizamos un estudio de casos y controles que incluyó a 86 pacientes con HS y 150 controles apareados por edad y sexo. El diagnóstico de NAFLD se estableció utilizando criterios ecográficos y de fibroscan, excluyendo aquellos pacientes con factores de riesgo de esteatosis tales como alcohol, medicamentos hepatotóxicos o hepatitis crónica de otra causa.

Resultados. La prevalencia de NAFLD fue significativamente más alta en pacientes con HS comparado con los controles (72,9% vs. 24,7%; $P < 0,0001$). En el análisis de regresión multivariante ajustado por edad, sexo y factores de riesgo para NAFLD, la HS continuó siendo un factor de riesgo independiente para el desarrollo de NAFLD (OR 7,75; CI 2,54-23,64; $P < 0,0001$). No encontramos correlación entre prevalencia de NAFLD y severidad de la HS.

Discusión. La alta prevalencia de obesidad y síndrome metabólico en HS explica parte de los resultados de nuestro estudio. No obstante, la asociación independiente y estadísticamente significativa entre HS y NAFLD hace plantearnos otras hipótesis. En este sentido, consideramos que la inflamación crónica con alteración de diversas

adipoquinas y citocinas proinflamatorias (ej. TNF-alfa) juega un papel fundamental en la patogénesis del NAFLD en pacientes con HS. **Conclusiones.** Este estudio demuestra, por primera vez, una alta prevalencia de NAFLD en pacientes con HS independiente de los factores de riesgo metabólico clásicos. Sugerimos considerar un estudio hepático en los pacientes con HS.

CO2. NEVUS VASCULAR MIXTO GENERALIZADO: DIDIMOSIS ALÉLICA CON POSIBLES MANIFESTACIONES SISTÉMICAS, DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

V. Beteta Gorriti^a, I. Vázquez Osorio^b, M. González Sabiá^a,
L. González Lara^a, M. Espasandín Arias^a, I. Andrés Ramos^a,
Á. de Dios Velázquez^c y E. Rodríguez Díaz^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Cabueñes.
Gijón. ^bHospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago
de Compostela. ^cHospital Universitario Central de Asturias.
Oviedo. España.

Introducción. El nevus vascular mixto (NVM), o nevus gemelos vasculares, se caracteriza por la presentación conjunta de nevus telangiectásico (malformación capilar) y nevus anémico. Puede presentarse como una manifestación cutánea pura o con hallazgos extracutáneos formando parte del síndrome del NVM.

Casos clínicos. Presentamos tres casos de NVM generalizado. En todos los pacientes las manifestaciones cutáneas se presentaron desde el nacimiento en forma de múltiples áreas de malformación capilar parcheada o reticulada, asociadas a máculas anémicas intercaladas o adyacentes, distribuidas en cara, tronco y extremidades. Ningún paciente presentó asimetría facial o sobrecrecimiento. Se indicó valoración neurológica, oftalmológica y otorrinolaringológica, además de estudio analítico con autoinmunidad, serie ósea, ecografía abdominal, RM y angio-RM cerebral. Dentro de los hallazgos adicionales destacan: Caso 1: cara redondeada y cuello corto, anisocoria hiporrectiva. Caso 2: retraso en el lenguaje, ausencia de un arco costal. Caso 3: cara redondeada y cuello corto, comunicación interventricular.

Discusión. El NVM, descrito por Hamm y Happle en 1986, es considerado un ejemplo de didimosis alélica. Se postula como evento primario el entrecruzamiento cromosómico somático de alelos recesivos

que controlan el equilibrio entre la constricción y la dilatación de los vasos sanguíneos cutáneos, dando como resultado la aparición de dos poblaciones celulares distintas contiguas o alternantes. El síndrome del NVM, o síndrome de Ruggieri-Leech, se caracteriza por la asociación de NVM, generalizado o localizado, y anomalías cerebrales, manifestaciones neurológicas, rasgos dismórficos, asimetría facial, anomalías esqueléticas y patologías autoinmunes. En nuestros 3 ejemplos se trataría de un NVM generalizado que, si bien no se puede catalogar como sindrómico, asocia ciertas singularidades fenotípicas. **Conclusión.** El NVM es una entidad escasamente diagnosticada, lo cual podría deberse a la dificultad para distinguir las zonas de nevus anémico de las de piel normal. Resulta importante su reconocimiento de cara a descartar la existencia de eventuales malformaciones y patologías extracutáneas asociadas.

CO3. DERMATOLOGY INFORMATION SYSTEMS (DIS). SOLUCIÓN TECNOLÓGICA PARA ALMACENAMIENTO Y GESTIÓN ICONOGRÁFICA EN DERMATOLOGÍA: UN AÑO DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VIRGEN CONCHA DE ZAMORA

G. Nieto González, A. Cosano Quero, I. Zafra Cobo, M.T. Bordel Gómez, E. Cardeñoso Álvarez y J. Sánchez Estella

Hospital Virgen Concha. Zamora. España.

Introducción. Presentamos una solución tecnológica para la captura, clasificación y almacenamiento automáticos de iconografía dermatológica. Dicho proceso resulta un reto en la práctica clínica diaria de nuestros servicios, siendo complicado el balance entre: sencillez, rapidez, consistencia, exhaustividad y vanguardia. Somos el primer hospital que implanta este sistema Dermatology Information Systems (DIS) y acabamos de cumplir un año de uso y desarrollo.

Material y desarrollo. El sistema consta de: 1) almacenamiento PACS, que se utiliza normalmente en servicios radiológicos (todos los hospitales disponemos de él), 2) visor Web basado en HTML5 denominado DIS que es el programa de gestión y consulta de nuestros pacientes una vez ya hemos enviado y almacenado las imágenes, 3) dispositivo de captura de imágenes que será un Smartphone Android 7.0 o superior, 4) Photo Dicom © aplicación para el dispositivo de captura, que gestiona, clasifica y envía las imágenes al PACS. El funcionamiento es el siguiente: el clínico desbloquea el Smartphone (seguridad con huella dactilar), accede a la aplicación Photo Dicom ©, esta de manera automática ha precargado la lista de pacientes, selecciona el paciente, realiza las fotos y el programa las clasifica y las envía vía Wifi al PACS con diagnóstico y localización, todo es revisable con posterioridad en el DIS.

Conclusiones. Creemos que estamos ante una herramienta excepcional en el manejo iconográfico en dermatología, resultando rápida y sencilla en su ejecución, con clasificación y almacenamiento en el acto. Cumple íntegramente la ley de protección de datos, plenamente integrada en nuestro sistema informático, nuestros dispositivos de dermatoscopia y con actualizaciones periódicas. Posibilidad de futuro acceso directo en "Jimena IV" (historia clínica digital de Sacyl en Especializada). Este sistema ha sido desarrollado por la misma empresa que gestiona el anillo radiológico de Castilla y León, con la consecuente seguridad en el desarrollo y fidelidad del mismo.

CO4. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA, ¿CUESTIÓN DE GENES?

P. Fernández Canga, N. Eiris Salvado, J. Castiñeiras González, C. Olmos Nieva, H. Perandones González y M.Á. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una dermatosis inflamatoria recurrente caracterizada por la formación súbita de pústulas sobre un eritema extenso, acompañado de fiebre y

elevación de los reactantes de fase aguda. En la última década se han identificado varias enfermedades monogénicas autoinflamatorias que cursan con PPG.

Caso clínico. Mujer de 65 años, diagnosticada en su país de origen (Portugal) de psoriasis de más de 20 años de evolución. A tratamiento con Neotigason. Ingresa repetidamente en nuestro servicio por brotes de PPG con respuesta inicial a múltiples tratamientos inmunosupresores pero posterior recurrencia. Ante el mal control, se realiza un estudio inmunológico y genético en el que se identifica una mutación en homocigosis en IL36Ra (antagonista del receptor de la IL36), llegando al diagnóstico de DITRA (Deficiency of the interleukin 36 receptor antagonist).

Discusión. En 2011, Marrakchi et al. describieron por primera vez un subgrupo de pacientes con PPG y deficiencia del IL36Ra. El IL-36Ra antagoniza a nivel del receptor de la IL36 las señales proinflamatorias de IL-36alfa, IL-36beta e IL36gamma, encargadas de activar vías de señalización involucradas en la transcripción de citoquinas proinflamatorias. En la actualidad, se han publicado 9 casos de DITRA, caracterizada por episodios recurrente de rash eritematosodescamativo pustuloso generalizado, fiebre alta, leucocitosis y niveles elevados de PCR. La edad de aparición varía entre los 2 y los 68 años y el 65% de los pacientes presentan una psoriasis vulgar preexistente. Algunos fármacos, las infecciones respiratorias, el estrés, el embarazo y la irradiación UV se han postulado como factores desencadenantes. Aún no se ha establecido el tratamiento definitivo. La escasa literatura recoge casos aislados con respuesta variable a antagonistas de IL-1, inhibidores de TNFa, IL-23 e IL-17, inmunosupresores y retinoides.

Conclusión. Presentamos un nuevo caso de DITRA, una enfermedad monogénica autoinflamatoria recientemente descrita.

CO5. SÍNDROME DE NISCH: UNA RARA ENFERMEDAD PEDIÁTRICA

P. Munguía Calzada^a, M. Mir Bonafé^a, J. Aubán Pariente^a, B. Gómez Vila^a, S. Requena López^a, C. Gómez de Castro^a, J. Castiñeiras González^b, S. Gómez Díez^b, C. Rovira Zurriaga^c, A. Vicente Villa^d y C. Prat Torres^d

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^bComplejo Asistencial Universitario de León. León. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Déu. ^dServicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Introducción. El síndrome de NISCH (ictiosis neonatal-colangitis esclerosante) es una rara forma sindrómica de ictiosis que se caracteriza por hipotricosis de cuero cabelludo, alopecia cicatricial, ictiosis y colangitis esclerosante. Está causada por mutaciones homocigotas en el gen *CLDN1*, que codifica la proteína claudina-1 y se transmite con herencia autosómica recesiva.

Caso clínico. Niña de origen marroquí, hija de padres cosanguíneos, que nace como un bebé colodión, con escaso cabello y sin alteración en las uñas. Presenta una coloración icterica que en las siguientes semanas se va acentuando. Al mes del nacimiento es ingresada por cuadro icterico con incremento de la bilirrubina directa y alteración de transaminasas. Tras realizar diferentes pruebas complementarias (ecografías, serologías, estudio de virus por reacción en cadena de la polimerasa) se plantea la posibilidad de que se trate de un cuadro sindrómico, por lo que se realiza un estudio genético en el que se detecta una delección homocigota en el gen *CLDN1*, mutación causante de síndrome de NISCH. Tras tratamiento con ácido ursodesoxicólico, vitaminas A, E y D se produce mejoría de la colangitis esclerosante. La piel se trata con vaselina, baños de avena coloidal y curas húmedas con pijama.

Discusión. Se han descrito 18 casos de síndrome de NISCH, la mayor parte de ellos en pacientes de origen marroquí. Esta rara enfermedad se debe a disfunciones de la proteína claudina-1, que está im-

plicada en las uniones intercelulares en las células epiteliales hepáticas y también en los queratinocitos y células de Langerhans. A pesar de la excepcionalidad de esta entidad, se debe tener en cuenta en neonatos que presentan icterosis e ictericia mucocutánea.

Conclusiones. Aportamos un caso de síndrome de NISCH.

CO6. MÁCULAS TELANGIECTÁSICAS BILATERALES EN LAS MAMAS. TRES CASOS CON DISTINTA IMPLICACIÓN PRONÓSTICA

C. Álvarez Cuesta^a, A. Marquet^a, C. Suárez^a, S. Requena^b, E. Rodríguez^c, P. Gonzalvo^c, A. Santos-Briz^d, L. Requena^d y J. Sánchez del Río^a

^a*Clinica Dermatológica Sánchez del Río.* ^b*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.* ^c*Hospital de Cabueñes. Gijón.* ^d*Dermatopatología Diagnóstica. Salamanca. España.*

El proceso de diagnóstico en dermatología consiste en el reconocimiento de las enfermedades en función de un patrón clínico basado en las lesiones elementales, su forma de agruparse y su localización. Los libros clásicos de diagnóstico diferencial así como las búsquedas en internet utilizando estos datos son muchas veces de gran ayuda, siendo más difícil el diagnóstico cuando la dermatosis es poco frecuente o tiene una localización que no es la habitual. Exponemos los casos de tres pacientes cuya clínica consistía en la aparición bilateral y simétrica de máculas telangiectásicas en ambas mamas. Se discute la correlación clínico-patológica que ha llevado al diagnóstico final en cada uno de los casos. Creemos interesante su comunicación por la rareza de su presentación así como por la diferente implicación pronóstica de cada uno de ellos.

CO7. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR CUTÁNEO SECUNDARIO A MIELOMA MÚLTIPLE CON ADQUISICIÓN DE C-MYC EN LA EVOLUCIÓN Y REFRACTARIO A TODOS LOS TRATAMIENTOS

L. Reguero del Cura^a, A. de Quintana Sancho^a, I. Navarro Fernández^a, C. González Vela^b, A. Onaindia Pérez^b, C. Gómez Fernández^a y M.A. González López^a

^a*Servicio de Dermatología y Venereología médico-quirúrgica.* ^b*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Introducción. Las metástasis cutáneas del mieloma múltiple (MM) son muy poco frecuentes y constituyen un signo de mal pronóstico de la enfermedad. Presentamos un caso de plasmocitoma cutáneo secundario, derivado de una proliferación clonal de células plasmáticas con mutación en el protooncogén c-Myc.

Caso clínico. Paciente de 69 años diagnosticado en julio de 2017 de MM IgG kappa estadio III con afectación extramedular extensa. Se inició tratamiento quimioterápico con regresión casi completa de la enfermedad. Sin embargo, a los seis meses se objetivó una rápida progresión de la enfermedad extramedular refractaria hasta a 4 líneas de quimioterapia, con aparición de una gran placa abdominal infiltrada, con nódulos firmes eritematovioláceos en superficie. La biopsia cutánea mostró infiltración por células plasmáticas con restricción kappa y positividad para el c-Myc. El paciente falleció dos días después de la biopsia.

Discusión. El plasmocitoma extramedular (PEM) es una neoplasia de células plasmáticas localizada en tejidos blandos. Puede ser primario o secundario a un MM o a un plasmocitoma primario de otra localización. El PEM secundario se produce por diseminación hematogena de las células plasmáticas o infiltración desde estructuras adyacentes. Nuestro caso corresponde a un PEM cutáneo secundario a un MM. El PEM cutáneo se ha descrito en menos del 1% de los MM; en el 40% aparece en MM en estadio III, generalmente secretores de IgG. El principal diagnóstico diferencial se realiza con el linfoma plasmablastico.

Conclusiones. La afectación extramedular en el MM se asocia a mal pronóstico con una supervivencia global inferior a seis meses y recaídas extramedulares a pesar de buen control de la enfermedad medular. Presenta características genéticas adversas con implicación de RAS, FAK y P53. Nuestro caso era c-Myc positivo en el plasmocitoma cutáneo y negativo en el MM lo cual indica transformación a una enfermedad más agresiva. Debemos sospechar este diagnóstico por su implicación pronóstica y terapéutica ya que requiere un esquema intensivo de tratamiento hematológico.

CO8. DISQUERATOSIS ACANTOLÍTICA TRANSITORIA (ENFERMEDAD DE GROVER) EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS TRAS TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS. PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

I. Tormo Alfaro^a, M. González de Arriba^a, A. Conde Ferreirós^a, D. Moyano Bueno^a, L. López Corral^b, C. Román Curto^a y Á. Santos-BrizTerrón^c

^a*Servicio de Dermatología.* ^b*Servicio de Hematología.* ^c*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

Introducción. Los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) muestran frecuentemente lesiones cutáneas de naturaleza muy variable. La enfermedad de Grover o disqueratosis acantolítica transitoria es un trastorno poco frecuente de carácter autorresolutivo cuya causa no está bien aclarada. En este estudio mostramos las características clinicopatológicas de 4 pacientes que desarrollaron enfermedad de Grover tras someterse a TPH. Mediante técnicas moleculares se descartó, además, su relación con infecciones virales herpéticas y enterovirus.

Casos clínicos. Presentamos cuatro casos, 2 hombres y 2 mujeres, con edades comprendidas entre los 29 y los 64 años (media de 52.5 años). Clínicamente mostraron aisladas lesiones papulovesiculares, eritematosas y pruriginosas, que afectaban a tronco y raíz de miembros. Histológicamente todos los casos presentaron características típicas de la enfermedad de Grover, con acantólisis suprabasal, presencia de células disqueratósicas y un ligero infiltrado inflamatorio crónico perivasculares en dermis superficial. Se realizó estudio molecular mediante PCR (Kit Entherpex®) que demostró negatividad para virus herpes tipo I, II, VI, VII, VIII, varicela-zóster, citomegalovirus, Epstein-Barr y enterovirus.

Discusión. Las erupciones cutáneas en pacientes hematológicos tras TPH constituyen un hallazgo frecuente. Entre sus principales causas encontramos la enfermedad injerto contra huésped, (EICH), toxicodermias, infecciones virales y el síndrome del injerto. Hasta la fecha solo hay descritos en la literatura 10 casos de disqueratosis acantolítica transitoria en pacientes receptores de TPH, aunque posiblemente se trate de una entidad infradiagnosticada. Es importante conocer clínica e histológicamente esta entidad de curso benigno y autolimitado, con el fin de no confundirla con otros trastornos más graves, fundamentalmente la EICH, para evitar el empleo inadecuado de terapias inmunosupresoras, con el riesgo de iatrogenia que ello conlleva.

Conclusión. Presentamos la mayor serie hasta la fecha de enfermedad de Grover en pacientes sometidos a TPH. Destacamos la importancia de no confundirla con otros trastornos más graves y descartamos además su relación con infecciones herpéticas y por enterovirus.

CO9. ¿AMPUTAMOS O PENSAMOS? UN CASO DE CALCIFILAXIS Y LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

J. Castiñeiras González, N. Eiris Salvado, P. Fernández Canga, C. Olmos Nieva, H. Perandones González y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La calcifilaxis es un trastorno que afecta hasta al 4% de los hemodializados. Clásicamente descrita en pacientes con enferme-

dad renal crónica, se han comunicado múltiples casos de etiología no urémica. Presentamos un complejo caso de calcifilaxis, en una paciente pluripatológica, que alcanzó la curación total tras el tratamiento.

Caso clínico. Mujer de 70 años, fibrilación auricular, HTA, enfermedad renal crónica y DM-2 mal controlada, que ingresó por la aparición de úlceras dolorosas en ambas piernas, de dos meses de evolución tórpida. Tras la correcta exploración física y pruebas complementarias, se realizó una biopsia cutánea que mostró vasos calcificados, así como calcificación periecrina, lo cual permitió llegar al diagnóstico de calcifilaxis. Las radiografías simples de extremidades mostraron vasos calcificados en partes blandas, con un patrón reticulado. Se instauró tratamiento con tiosulfato sódico intravenoso, remitiendo el dolor a los dos días y consiguiendo la curación total varias semanas después. Además de curas tópicas, se practicaron injertos de piel parcial. Cinco meses después, las radiografías de control revelaron la desaparición completa de las calcificaciones en partes blandas.

Discusión. Si bien la calcifilaxis es un trastorno heterogéneo de causa multifactorial, los últimos estudios destacan la importancia del NF- κ B en su fisiopatogenia. Además de la calcificación de la capa media de los vasos dérmicos y subdérmicos, la calcificación periecrina puede ser de gran ayuda en el diagnóstico. Las pruebas de imagen pueden revelar calcificación de partes blandas, teniendo el patrón reticulado un 90% de especificidad. El tiosulfato sódico intravenoso ha logrado la curación en múltiples reportes en la literatura.

Conclusión. Presentamos un caso de calcifilaxis, en el que la alta sospecha clínica permitió llegar al diagnóstico correcto. Destacamos el hallazgo de las calcificaciones periecrinas en la histología, el patrón reticulado en las radiografías, así como la desaparición del mismo durante el seguimiento.

CO10. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON PSORIASIS CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

A. Viñolas Cuadros^a, M. Roncero Riesco^a, M. Medina Miguelañez^a, D. Moyano Bueno^a, A. Conde Ferreirós^a, J. Martín Vallejo^b y C. Román Curto^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bDepartamento de estadística. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La psoriasis es una enfermedad de curso crónico. Ante la expansión de tratamientos y en particular de los agentes biológicos, resulta imperativo conocer las características demográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes que reciben dichos fármacos para garantizar la idoneidad en su manejo.

Objetivos. Se pretende describir las características anteriores de la población con psoriasis moderada-grave en tratamiento con fármacos biológicos en condiciones de práctica clínica habitual en nuestro hospital.

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico que figuraban en el registro del servicio de farmacia a fecha de diciembre de 2018.

Resultados. Noventa pacientes se encontraban bajo tratamiento biológico por psoriasis de 23,11 (\pm 12,1) años de evolución. El tipo de psoriasis predominante fue en grandes placas (75,6%) y 35,6% de los pacientes presentó artritis psoriásica. Los pacientes iniciaron su primer biológico con una media en PASI de 21,04 (\pm 10,43). Todos habían recibido tratamiento sistémico convencional previo, predominando metotrexato (63,2%) y ciclosporina (58,6%). Ustekinumab 45mg (31), secukinumab (17) y adalimumab (14) fueron los biológicos más frecuentes en uso en momento actual. Se alcanzaron respuestas PASI \geq 90 en 73,3% de casos actualmente, siendo 54 de los pacientes naïve. El motivo de cambio más frecuente del primer tratamiento fue el fallo secundario (29,2%). La supervivencia global de los tratamientos naïve en el primer año fue del 83%, disminuyen hasta el 65% en el tercer año.

Conclusiones. Los resultados de nuestro estudio reflejan un mayor uso de ustekinumab respecto a los demás biológicos disponibles. Aunque experimentan una pérdida progresiva de la efectividad con el tiempo, se consiguen respuestas PASI \geq 90 en más del 70% de casos con el tratamiento actual. Los tratamientos se han presentado como opciones seguras, siendo el fallo secundario la principal causa de suspensión.

CO11. LESIONES ESCLERODERMIFORMES EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

M. Mir Bonafé^a, Y. Hidalgo García^a, S. Requena López^a, P. Munguía Calzada^a, J. Aubán Pariente^a, B. Gómez Vila^a, R. Gómez de la Torre^b, B. Vivanco Allende^c, S. Melón García^d y S. Gómez Díez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. ^dServicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. El uso de los anticuerpos anti-CD20 se ha generalizado en el tratamiento de diversas enfermedades hematológicas y autoinmunes debido a su buen perfil de eficacia y seguridad. No obstante, estos agentes aumentan el riesgo de infecciones inusuales, que pueden presentarse con clínica atípica.

Caso clínico. Mujer de 44 años, con antecedentes de carcinoma neuroendocrino de pulmón en 2012 tratado mediante lobectomía y linfoma folicular estadio IV en 2015 con respuesta completa al tratamiento quimioterápico con posterior mantenimiento con rituximab. En junio de 2017 presenta meningitis linfocitaria por enterovirus, presentando mejoría en unas semanas. En julio de 2018 ingresa por cuadro de fiebre, cofosis bilateral y hemihipoestesia izquierda. Se acompaña de endurecimiento leñoso de la piel de las extremidades. En los estudios realizados se descarta recidiva tumoral, hallándose repetidamente un enterovirus en LCR. Solicitan consulta a Dermatología con la impresión clínica de morfea generalizada o fascitis eosinofílica. Realizamos una primera biopsia cutánea que se informa como piel normal. Se repiten dos nuevas biopsias incluyendo tejido muscular, la última compatible con una miofascitis. Ante estos hallazgos, se llega al diagnóstico de meningitis, miofascitis y cofosis causado por infección crónica por enterovirus en paciente con inmunodeficiencia inducida por rituximab. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas con mejoría parcial del cuadro cutáneo y neurológico, no así a nivel auditivo.

Discusión. Se han descrito formas diseminadas de infección por enterovirus en pacientes con inmunodeficiencias con afectación cutánea descrita tipo dermatomiositis-like, con clínica similar a nuestro caso. Han sido documentados casos similares en tratamiento con rituximab. Se trata de un cuadro extremadamente inusual, siendo las inmunoglobulinas intravenosas el único tratamiento efectivo conocido.

Conclusión. Presentamos un caso de infección diseminada con afectación cutánea por enterovirus en paciente en tratamiento con rituximab. Se trata de una complicación escasamente descrita que consideramos que debería reclasificarse como trastorno esclerodermiforme.

Pósteres

P1. FEOHIFOMICOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE TRASPLANTADO PULMONAR

S. Requena López, M. Mir Bonafé, J. Aubán Pariente, P. Munguía Calzada, C. Gómez de Castro y S. Gómez Díez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. Las feohifomicosis están causadas por hongos dematiáceos entre los que se encuentra curvularia. Puede producir in-

fecciones cutáneas de difícil tratamiento, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico. Varón de 68 años, con antecedente de trasplante pulmonar 2 años antes consultaba por una lesión violácea en rodilla de 6 meses de evolución. Recibía tratamiento con micofenolato, tacrólimus y prednisona oral desde el trasplante. En la exploración presentaba una placa eritematoviolácea de 3 x 2 cm en rodilla derecha, levemente infiltrada, con úlceras crateriformes sobre una superficie friable y aspecto verrucoso. Se realizó biopsia cutánea para estudio histopatológico y cultivo. Con el diagnóstico de infección cutánea por *Curvularia pallenscens* se inició tratamiento con posaconazol 300 mg/día durante 9 meses asociado a resección quirúrgica de la lesión.

Discusión. *Curvularia* es un hongo dematiáceo cada vez más reconocido como patógeno en pacientes inmunodeprimidos, incluidos los pacientes con trasplante de órgano sólido. Clínicamente puede manifestarse como placas o múltiples nódulos eritematovioláceos, frecuentemente localizado en extremidades. El diagnóstico se basa en la realización de biopsia y cultivo. En el cultivo crecen rápidamente colonias de color marrón oscuro a negro. En el tratamiento de la infección cutánea por *Curvularia* se recomienda la combinación de un azol oral durante meses y la escisión quirúrgica de la lesión cuando sea posible, ya que mejora el resultado y limita la necesidad de regímenes antifúngicos más largos y tóxicos. Voriconazol, posaconazol e itraconazol han demostrado la actividad in vitro más consistente contra este grupo de hongos.

Conclusiones. Es importante reconocer y tratar precozmente estas infecciones cutáneas ya que pueden diseminarse rápidamente, con alta mortalidad. Es necesario la identificación oportuna del hongo y la susceptibilidad a antifúngicos para lograr mejor respuesta al tratamiento. La escisión quirúrgica asociada a antifúngico oral es el tratamiento de elección en casos de infecciones cutáneas localizadas.

P2. TOXICODERMIAS POR ANTIDIABÉTICOS ORALES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN

S. Carrasco Molina, M. Amores Alguacil y R. Giménez García

Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. En el año 2025 se calcula que habrá en el mundo 300 millones de diabéticos, En nuestro país se ha demostrado un aumento del consumo de antidiabéticos orales del 56,1% desde el año 2000 al 2014. Existen muy pocos estudios sobre toxicodermias inducidas por hipoglucemiantes orales.

Casos clínicos. Presentamos dos casos de toxicodermia por antidiabéticos orales: un caso de una erupción inducida por metformina y un caso de balanopostitis asociada al uso de canaglifocina.

Discusión. Los antidiabéticos orales se dividen en dos grandes grupos que son los clásicos (biguanidas, sulfonilureas, meglitinidas, TZDs y los inhibidores de la alfa glucosidasa) y los de efecto incretina (inhibidores de la DPP-4 y agonistas de los receptores GLP-1). Hemos realizado una puesta al día de las diferentes toxicodermias asociadas al uso de estos fármacos cuya incidencia es baja en comparación con el alto consumo de los mismos. En general, las toxicodermias descritas asociadas al uso de antidiabéticos orales son muy poco frecuentes, de presentación clínica variable, y no suelen ser de carácter grave. Sin embargo hay que señalar el aumento creciente de publicaciones referidas a casos de enfermedades ampollas autoinmunes inducidas por los inhibidores de DPP-4. Es importante reconocer este tipo de reacciones cutáneas para un correcto manejo del paciente.

P3. TRICOTILOMANÍA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

B. López Martínez, M.I. de Torres Carrillo, C. Hens Barrilero, A. Martín Arnillas, Á. Velasco Villagarcía y R. Giménez García

Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. Tricotilomanía, o también denominado trastorno de “arrancarse el pelo”, se define como el acto autoprovocado de tirarse del mismo llegando a provocar una “alopecia por rascado”. Con la clasificación DSM-5, se incluye dentro de los trastornos obsesivos compulsivos.

Casos clínicos. Presentamos dos casos clínicos de tricotilomanía uno en un adolescente y otro en un adulto. Discutimos los hallazgos dermatoscópicos.

Discusión. En cuanto a la etiología, diferenciamos causas según la edad de aparición. En niños se puede asociar a una deficiencia afectiva por la carencia emocional aportada por los padres, o bien, debido a problemas en el ámbito escolar. En adultos se vincula a motivos de índole sexual, considerando repulsivo el acto sexual en sí mismo. Se han descrito asociadas a trastornos psiquiátricos del tipo ansiedad, depresión, demencia, retraso mental, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias. Los criterios para establecer el diagnóstico de tricotilomanía son los siguientes: arrancar el vello de forma reiterada; previo al acto de arrancamiento del pelo, el paciente siente una sensación de tensión; sensación de bienestar inmediatamente después de haber tirado del cabello; se hará el diagnóstico una vez que se descarten otros posibles trastornos. En caso de resultar inexplicable dicha alteración por una enfermedad orgánica u otros trastornos mentales; la enfermedad causa deterioro en la vida del paciente a nivel de varios ámbitos (personal, laboral).

El estudio mediante tricoscopia nos puede facilitar la orientación diagnóstica diferenciándolo de otras alopecias circunscritas, esencialmente con la alopecia areata.

P4. SIRINGOMAS ERUPTIVOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P. Vázquez Giraldo y R. Giménez García

Hospital Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. Los siringomas son tumores anexiales benignos de la parte intraepidérmica de los ductos sudoríparos ecrinos. Se estima afectan al 0,6% de la población y existe una mayor prevalencia en mujeres.

Casos clínicos. Caso 1: mujer, de 21 años que presenta desde hace varios años unas lesiones papulosas en los antebrazos y en la región del escote. Ha acudido a varias consultas de dermatología donde no se ha diagnosticado. Se realiza una biopsia cutánea cuyo resultado fue compatible con siringomas. Caso 2: varón de 65 años de edad, con antecedentes personales de diabetes tipo 2. En tratamiento con metformina y vildagliptina, glimepiride. Se realizó cuatro años antes una prostatectomía radical retropúbica tras el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata. Es derivado a dermatología por presentar una erupción localizada en los antebrazos pero que se ha generalizado en los últimos 10 meses. No refiere prurito. A la exploración se observa erupción liquenoide micropapulosa en antebrazos y abdomen. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de siringomas.

Discusión. Los siringomas se presentan clínicamente como pequeñas pápulas aplanadas de color piel o ligeramente hiperpigmentadas. Son lesiones bien definidas y de tamaño entre 1-3mm de diámetro, asintomáticas, que se suelen localizar alrededor de los párpados, en la frente, parte superior de mejillas, axilas, pecho, abdomen inferior o en los genitales, con una distribución simétrica. Se establecen 4 grupos: forma localizada; forma generalizada (formas múltiples o eruptivas); forma familiar y forma asociada a síndrome de Down. El diagnóstico se confirma mediante el estudio histopatológico donde se objetiva una epidermis normal y a nivel de la dermis superior una proliferación de pequeños ductos revestidos con doble capa de células epiteliales, que adquieren forma de “cola de renacuajo”, en un estroma discretamente escleroso. La inmunohistoquímica se caracteriza por una positividad frente a EKH-6. La analítica suele ser normal. En casos excepcionales se comprueba una elevación de CEA. Se discuten los hallazgos dermatoscópicos y las posibilidades terapéuticas.

P5. COLGAJO EN HOJA DE LIBRO: ABORDAJE EN LA BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL

A. Conde Ferreirós, M.C. Fraile Alonso, J. Cañueto, I. Tormo Alfaro, A. Viñolas Cuadros, J.C. Santos Durán y C. Román Curto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción y objetivos. La lesión de las ramas del nervio facial es una complicación importante que debe ser evitada al realizar la biopsia de la arteria temporal (AT). Proponemos el colgajo “en hoja de libro” como variante técnica en la biopsia de la AT porque ofrece una mejor exposición de esta arteria y disminuye el riesgo de lesión nerviosa y vascular sin la necesidad de un equipo de ultrasonidos.

Material y métodos. Tras palpación de la AT, se delimita la trayectoria de la rama frontal de la AT con un rotulador dermatográfico. El colgajo en hoja de libro se diseña con forma rectangular incompleta. Para ello, se realiza una incisión de 3-4 cm paralela a la AT y una incisión más pequeña (1-1,5 cm) perpendicular a la incisión inicial. El labrado del colgajo proporciona un lecho quirúrgico amplio y seguro que permite la perfecta visualización de la AT. La AT se disecciona cuidadosamente de manera similar al de una clásica biopsia de la AT.

Discusión. La AT está íntimamente relacionada con la rama frontal del nervio facial que puede ser dañado fácilmente cuando se hace superficial al sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) en la región temporal. Esta zona de riesgo queda delimitada por una línea dibujada desde el lóbulo auricular hasta la región periocular externa y otra línea que discurre desde el lóbulo auricular hasta la cola externa de la ceja. Las incisiones lineales realizadas en la clásica biopsia de la AT ofrecen un campo quirúrgico limitado dificultando la visualización de la AT y aumentando el riesgo de daño nervioso. Esto condiciona que habitualmente se emplee un ecógrafo Doppler que no siempre está disponible en todos los hospitales.

Conclusión. La técnica de colgajo “en hoja de libro” permite una mayor exposición de la AT sin necesitar ecografía Doppler. Es una técnica simple y segura que permite realizar la biopsia de la AT con un menor riesgo de daño nervioso y vascular.

P6. ALTERNARIOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL

C. Gómez de Castro^a, M. López-Escobar García-Prendes^a, P. Munguía Calzada^a, S. Requena López^a, S.J. Sánchez Luizaga^b, T. Peláez García^c y S. Gómez Díez^a

Servicio de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMicrobiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. *Alternaria* es un hongo dematiáceo que se encuentra de forma ubicua en el medio ambiente. La mayoría de las infecciones se producen en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de una paciente trasplantada renal con alternariosis cutánea tratada en nuestro servicio.

Caso clínico. Mujer de 68 años, entre cuyos antecedentes personales de interés destacaba la realización de un trasplante renal 9 meses antes. Acudió a la consulta de dermatología por la aparición progresiva desde hacía 6 meses de unas lesiones asintomáticas en miembro inferior izquierdo. A la exploración física se apreciaban múltiples pápulas eritematovioláceas de consistencia firme a la palpación con tendencia a confluir. Se realizó una biopsia cutánea donde se observó una hiperplasia epidérmica que asentaba sobre una dermis con un infiltrado inflamatorio formado por agregados de polimorfonucleares, rodeados de un infiltrado tipo histiocitario con ocasionales linfocitos. Se identificaron estructuras fúngicas con las técnicas de PAS y Grocott. En el cultivo micológico se identificó el género *Alternaria*. Se pautó tratamiento inicialmente con itraconazol oral y ketoconazol tópico. Ante la ausencia de mejoría clínica se optó por disminución del tratamiento inmunosupresor y se instauró posaconazol oral con

resolución de las lesiones. Durante el seguimiento presentó un episodio de recidiva que fue tratado con la misma pauta terapéutica.

Discusión. Las infecciones cutáneas por *Alternaria* son poco frecuentes en nuestro medio. En los últimos años se está convirtiendo en un patógeno emergente causante de infecciones en inmunodeprimidos. La presentación clínica es muy variada por lo que es importante para su diagnóstico precoz un alto índice de sospecha. No existe un protocolo establecido para el tratamiento de las infecciones por *Alternaria*. Las recurrencias, como ocurrió en nuestro caso, son frecuentes por lo que es recomendable realizar un seguimiento de estos pacientes.

Conclusión. Se presenta un caso de alternariosis cutánea con buena respuesta a posaconazol oral complementado con la reducción del tratamiento inmunosupresor.

P7. NEUROMA SOLITARIO CIRCUNSCRITO EN GLANDE. UN HALLAZGO INUSUAL

J. Valtueña, E.L. Garabito Solovera, D. Ruiz Sánchez, M. Garayar Cantero, M. Martín Canseco, A. Aguado García y P. Manchado López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. El neuroma circunscrito solitario, también denominado neuroma encapsulado en empalizada (NEE) es un tumor neural benigno de espontánea y gradual aparición a nivel cutáneo con predominio facial en un 90% de los casos, sin afectar a otros órganos o estructuras. Es excepcional su presentación en glánde, con escasez de casos publicados, lo que dificulta su diagnóstico.

Caso clínico. Varón de 52 años con lesión papulosa ligeramente eritematosa, bien delimitada y mínimamente infiltrada, de 0,4 x 0,5 cm de diámetro en glánde, de 5 meses de evolución con escozor ocasional. No mejoró con corticoide tópico pautado por su médico de atención primaria. Entre sus antecedentes destacaban numerosos pólipos adenomatosos colónicos, quistes en ambos epidídimos y un quiste pilar infundibular palpebral. No refería antecedente traumático ni se palpaban adenopatías inguinales. Se realizó despistaje de infecciones urológicas y de transmisión sexual, con resultado negativo. Se biopsió la lesión observándose un incremento de fascículos nerviosos en dermis superficial, en ocasiones rodeados por una fina capa de células perineurales con reacción inmunitaria celular a S-100, que otorgaba un hábito neurofibromatoso. Se acompañaba de una prominente red capilar. El diagnóstico fue de NEE. No requirió tratamiento posterior.

Discusión y conclusiones. Describimos unos de los pocos casos existentes en la literatura de NEE. Predomina en edad media, sin diferencias entre sexo. No se asocia a síndromes neuroendocrinos ni otras facomatosis aunque resultan curiosos los antecedentes poli-úcticos de nuestro paciente. Hay descrita asociación del neuroma en mucosas (bucal) con MEN 2B, sin estudios de asociación en glánde. Por su inespecificidad clínica y similitud histológica debemos hacer un buen diagnóstico diferencial con el neuroma traumático, schwannoma, neurofibroma, angioleiomioma y fibrohistiocitoma plexiforme además de con cualquier otra lesión tumoral. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica sin observar recidivas. También se ha utilizado tratamiento con láser en algunos casos.

P8. TUBERCULOSIS CUTÁNEA O PULMONAR, ¿QUÉ FUE PRIMERO?

M. Garayar Cantero, C. Delgado Mucientes, A. Aguado García, D. Ruiz Sánchez, J. Valtueña, M. Canseco Martín, G. Martínez García y P. Manchado López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La TBC extrapulmonar puede

afectar a cualquier órgano. Dentro de la TBC extrapulmonar, la afectación cutánea es una manifestación infrecuente que representa el 1,5% del total de casos de TBC.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 48 años de edad, con antecedentes personales de artritis psoriásica en tratamiento con adalimumab desde 2014. Fue derivado a dermatología por la aparición de una úlcera en el 2.º dedo de la mano derecha desde hacía 3 meses. Había realizado múltiples tratamientos antibióticos, según antibiogramas, sin respuesta clínica favorable. Se realizó biopsia cutánea donde se evidenciaron granulomas caseificantes con tinción positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes. Posteriormente, la radiografía de tórax reveló un aumento de densidad en ambos vértices pulmonares. El diagnóstico de sospecha fue confirmado mediante TAC de alta resolución y cultivo.

Discusión. El riesgo de infección por *Mycobacterium tuberculosis* se halla aumentado en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas y en tratamiento inmunosupresor, particularmente en aquellos con terapia antifactor de necrosis tumoral α . En nuestro caso, el paciente estaba en tratamiento con adalimumab lo que facilitaría una reactivación tuberculosa y posterior diseminación por vía hematogena a la piel. La introducción de protocolos de cribado de la infección tuberculosa latente (ITL) en pacientes candidatos a terapia anti-TNF ha reducido la incidencia de TBC en más de un 78%. Sin embargo, la existencia de casos como el que aquí presentamos obliga a la búsqueda de mejoras en la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas de ITL.

Conclusión. El diagnóstico de tuberculosis cutánea debe considerarse ante una úlcera de evolución tórpida, especialmente en el contexto de inmunosupresión.

P9. UNA FORMA INFRECUENTE DE EICH CUTÁNEO CRÓNICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

L. Puebla Tornero^a, R. García Castro^a, J.M. Marco Sánchez^b, E. Godoy Gijón^a, A. González Prieto^b, M.C. Mendoza Sánchez^b, S. Riesco Riesco^b y C. Román Curto^a

^aServicio de Dermatología MQ. y Venereología. ^bServicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico consiste en la sustitución de un sistema hematopoyético ineficaz por otro sano de un donante (familiar o no). La enfermedad injerto contra huésped (EICH), aguda o crónica, constituye la complicación más frecuente y aparece por la interacción de los linfocitos T alorreactivos del donante frente a los tejidos del receptor. Es la principal causa de morbimortalidad de estos pacientes. A nivel cutáneo, entre las formas crónicas, la esclerodermiforme y la liquenoide son las más frecuentes, resultando infrecuente encontrar lesiones de tipo atrofodermia de Pasini-Pierini.

Caso clínico. Escolar de 7 años diagnosticado en enero de 2015 de leucemia linfoblástica aguda tipo T (LLA-T) de muy alto riesgo (MAR), al que se le realiza trasplante alogénico mieloablativo con acondicionamiento previo, de donante emparentado HLA idéntico en julio de 2015. El día +305 post-TPH el paciente inicia lesiones de tipo placa eritematosa con pseudovesiculación en ambas manos, flancos, axilas, plantas y dorso de pies. Se realiza biopsia, compatible con EICH cutáneo agudo grado 2, con resolución de la clínica al aplicar corticoide tópico. Dos años más tarde, tras la suspensión de la inmunosupresión sistémica, aparecen placas eritematosas en flancos, axilas y dorso de manos; lesiones hipopigmentadas tipo liquen escleroso en región cervical posterior y flexura de rodillas; y placas escleróticas morfeiformes en dorso de pies. A pesar del tratamiento corticoideo e inmunosupresor tópico y sistémico, progresa a un cuadro de tipo atrofodermia de Pasini y Pierini en tronco. A las placas morfeiformes en dorso de ambos pies se añade posteriormente induración edematosa desde rodillas hasta región distal de miembros inferiores.

Conclusión. La piel es el órgano más frecuentemente afecto y la atrofodermia de Pasini y Pierini constituye una manifestación excepcional dentro del espectro del EICH cutáneo crónico esclerodermiforme.

P10. GENÉTICA EN EL XERODERMA PIGMENTOSO. A PROPÓSITO DE UNA NUEVA MUTACIÓN

A. Aguado-García, C. Sanz Muñoz, M. Garayar Cantero, J. Valtueña, M. Canseco Martín, D. Ruiz Sánchez y P. Manchado López

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

El xeroderma pigmentoso es una rara genodermatosis caracterizada por una sensibilidad extrema a cambios inducidos por rayos ultravioletas en la piel y los ojos, con desarrollo de múltiples cánceres cutáneos. Causada por mutaciones en ocho genes implicados en la reparación del ADN; su gravedad y edad de aparición de signos clínicos son muy variables, y dependen del grado de exposición solar y del tipo de alteración genética presente. Presentamos el caso de un paciente de 37 años de edad visto en consulta con diagnóstico de xeroderma pigmentoso al que se le han extirpado tres melanomas y siete carcinomas basocelulares. Se realiza un estudio molecular mediante captura y secuenciación del exoma completo, identificándose una variante de tipo nonsense en el gen POLH, aparentemente en homocigosis, no descrita hasta el momento en ninguna base de datos. Dicho tipo de alteración genética se sabe causante de la forma variante de xeroderma pigmentoso. Dada la escasa posibilidad de encontrar una mutación no descrita y en homocigosis, y la ausencia de antecedentes familiares de xeroderma pigmentoso, se realizó estudio de los progenitores, que resultó positivo, apuntando este resultado hacia la existencia de consanguinidad.

P11. MIASIS FORUNCULOSA POR DERMATOBIA HOMINIS

J. Aubán Pariente, P. Munguía Calzada, M. Mir Bonafé, B. Gómez Vila, C. Gómez de Castro, J. Santos Juanes y L. Palacios García

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. La miasis cutánea es una infestación de la piel por larvas de moscas del orden Diptera. Los dos tipos clínicos principales son la miasis forunculosa y la miasis de las heridas.

Caso clínico. Mujer de 46 años que acude a consulta refiriendo picaduras dolorosas en región dorso-lumbar de un mes de evolución. Como antecedente de interés destaca el haber realizado una excursión por la selva amazónica brasileña, con la piel de la espalda expuesta, un mes antes de la consulta. A la exploración física se observa en zona dorso-lumbar, múltiples nódulos indurados de entre 1 y 2 centímetros, con edema del tejido circundante y un punto central ulcerado por el que exuda un material serohemático. Al efectuar presión en una de las lesiones, se aprecia el extremo cefálico de una larva emergiendo por la piel. Con la sospecha clínica de miasis foruncular de inoculación múltiple, se administra vaselina oclusiva en el orificio central de las lesiones y posteriormente se realiza extracción con pinzas de disección de las larvas. El estudio parasitario las identifica como larvas de *Dermatobia hominis*.

Discusión. Los casos de miasis forunculoide que se han publicado en España suelen ser importados. Las especies de moscas más frecuentemente implicadas son *Dermatobia hominis* y *Cordylobia anthropophaga*, que habitan en Iberoamérica y África respectivamente. Clínicamente producen lesiones forunculosas que afectan con frecuencia a zonas expuestas. El diagnóstico diferencial incluye

las forunculosis, picaduras o celulitis. El tratamiento consiste en la extracción de las larvas con pinzas o mediante escisión quirúrgica. Las complicaciones más importantes son la sobreinfección bacteriana y el tétanos.

Conclusiones. Presentamos un caso importado de miasis forunculosa por *Dermatobia hominis*, una patología infrecuente en nuestro medio pero en aumento por la inmigración y el auge del turismo internacional.

P12. MELANOMA EN PACIENTE ALBINA

D. Ruiz-Sánchez^a, E. Garabito Solovera^a, J. Valtueña^a, M. Canseco Martín^a, M. Garayar Cantero^a, A. Aguado García^a, G. Martínez García^b, y P. Manchado López^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. El albinismo óculo-cutáneo (AOC) es una enfermedad caracterizada por la ausencia de síntesis de melanina en piel, pelo y ojos. Estos pacientes tienen una predisposición a los tumores de piel. **Caso clínico.** Mujer de 81 años que presenta una placa eritematodescamativa en la región supraciliar derecha de meses de evolución. Ante el aspecto eccematiforme de la lesión se prescribe la combinación de ácido fusídico con betametasona tópica. En la revisión a los 2 meses persiste la lesión con eritema y descamación por lo que se decidió biopsiar con resultado de: lentigo maligno melanoma, índice de Breslow: 0,27 mm. Al encontrarnos con esta lesión amelanótica que no concuerda con la clínica se realiza nueva anamnesis en la que la paciente refiere AOC; dato que pasó desapercibido al tener la paciente teñido todo el cabello, incluidas cejas y pestañas.

Se realizó ampliación quirúrgica con borde lateral de la biopsia afectado. Clínicamente se apreciaba la persistencia de áreas eritematodescamativas en la periferia, siendo muy difícil establecer los límites de la lesión, por lo que se deriva a cirugía micrográfica de Mohs para valorar la realización de un Mohs diferido, que en último término la paciente se negó a realizarse, decidiéndose entonces de manera consensuada el tratamiento radioterápico, con una dosis de 50Gy, en 20 fracciones.

Discusión y conclusiones. En los pacientes con AOC y una gran exposición solar, son habituales los carcinomas espinocelulares y basocelulares, y mucho menos los melanomas. Los melanomas en estos pacientes son a menudo amelanóticos lo que dificulta mucho su diagnóstico clínico y dermatoscópico. Estos pacientes han de ser revisados en dermatología al menos 1 vez al año, recomendándose no posponer la realización de biopsias ante la aparición de lesiones sospechosas.

P13. ICTIOSIS ADQUIRIDA: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE MICOSIS FUNGOIDES

H. Perandones González, P. Sánchez Sambucety, C. Olmos Nieva, P. Fernández Canga, J. Castiñeiras González y M.A. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. El grupo de las dermatosis ictiosiformes puede ser dividido en dos grupos principales: ictiosis genéticas y adquiridas. Numerosas entidades se han descrito asociadas a cuadros ictiosiformes adquiridos como linfomas (en especial enfermedad de Hodgkin), cáncer de mama, cáncer de pulmón, deficiencia de vitamina A, hipotiroidismo, sarcoidosis, síndrome de Haber y diversos fármacos como cimetidina, ácido nicotínico o la clofazimina. En 1984, Aram reportó el primer caso de micosis fungoides ictiosiforme y en series posteriores se observó una edad más temprana de comienzo y un pronóstico favorable.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 71 años sin antecedentes personales de interés que presenta desde hace cuatro años,

lesiones secas y descamativas en el tronco y raíz de miembros sin otra sintomatología asociada. A la exploración presenta en tronco y en cara anterior de muslos placas poligonales infiltradas eritematoparduzcas, con descamación fina, adoptando un patrón en adoquinado. Se observa algún área hipopigmentada. Se inicia estudio de cuadro ictiosiforme adquirido incluyendo estudios analíticos y TAC para descartar un cuadro paraneoplásico. Se biopsia una lesión en la que coexisten hallazgos de la ictiosis: hiperqueratosis lamelar ortoqueratósica con hipogranulosis; junto con hallazgos de la micosis fungoide clásica: exocitosis de linfocitos atípicos, inmunohistoquímica CD3+, CD4+ 60%, CD8+ 40%; y monoclonalidad TCR en estudio por PCR. Con el diagnóstico de micosis fungoide ictiosiforme, se inicia tratamiento con corticoides tópicos y fototerapia, con resolución completa de las lesiones. **Discusión y conclusiones.** A la micosis fungoide se la ha denominado la gran simuladora debido a las múltiples formas tanto clínicas como histopatológicas que tiene de manifestarse. La variante ictiosiforme puede coexistir con otras manifestaciones clásicas de la micosis fungoides o bien expresarse aislada en cuyo caso supone un reto diagnóstico, siendo la biopsia necesaria para excluir otras causas.

P14. HEMANGIOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES

I. Andrés Ramos^a, V.P. Beteta Gorriti^a, S. Mallo García^a, L. Palacio Aller^a, P. Gonzalvo Rodríguez^b y E. Rodríguez Díaz^a

^aServicio de Dermatología M-Q y Venereología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España.

Introducción. El hemangioma de células fusiformes (HCF) es una lesión de origen vascular descrita por primera vez en 1986 por Weiss y Enzinger. Inicialmente se consideró un angiosarcoma de bajo grado, pero posteriormente se comprobó su comportamiento benigno.

Caso clínico. Mujer de 23 años con múltiples nódulos redondeados firmes localizados en zona laterodorsal de ambos pies mínimamente sintomáticos de 10 años de evolución. El estudio histológico muestra espacios vasculares cavernosos con áreas de células fusiformes y agregados focales de células endoteliales y epitelioides de citoplasma vacuolado. Con el diagnóstico de HCF se realiza serie ósea para descartar síndrome de Maffucci, que no muestra hallazgos significativos.

Discusión. El HCF consiste en una lesión vascular, compuesta de vasos cavernosos separados por células fusiformes. Aunque la fisiopatología es desconocida, se considera una proliferación vascular adquirida, sobre alguna anomalía local-regional del flujo, clínicamente evidente o no, congénita o adquirida. El diagnóstico diferencial incluye sarcoma de Kaposi, tumor de Masson, hemangioma capilar lobular diseminado, hemangioma arteriovenoso acral y angiomatosis epitelioide. Puede asociarse a síndrome de Maffucci o Klippel-Trenaunay, así como a cierto grado de edema de la extremidad y varicosidades precoces. Suele tener un curso indolente, por lo que la abstención terapéutica es la norma. Es necesario realizar un estudio de despistaje de condiciones asociadas y en caso de sintomatología franca puede recurrirse a la cirugía, inyección de interleucina 2 intralesional o sirolimus sistémico.

P15. LESIÓN CUTÁNEA INTERMAMARIA, DEBUT DE UN LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES (LBDCG) CON AFECTACIÓN EXTRANODAL

D. Moyano Bueno^a, A. Viñolas Cuadros^a, T. Tormo Alfaro^a, M. Yuste Chaves^a, A. Santos-Briz Terrón^b y C. Román Curto^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos secundarios son linfomas sistémicos que afectan a la piel. A diferencia de los linfomas cutáneos primarios que son predominantemente de células T, estos suelen ser de células B, siendo más frecuente el LBDCG.

Caso clínico. Mujer de 55 años sin antecedentes médicos de interés, consulta por una placa anular, con aspecto de piel de naranja con borde eritematovioláceo, discretamente empastada de 4 cm de diámetro, asintomática, en región esternal, de 1 mes de evolución. Niega síntomas B. Refiere fractura de esternón hace 2 meses. Se realiza analítica donde solo evidencia aumento de LDH. Se realiza biopsia cutánea que revela infiltración de LBDCG. La PAAF de una adenopatía axilar confirma el diagnóstico. En la biopsia de médula ósea no se evidencia infiltración por proceso linfoproliferativo. El TAC muestra afectación ganglionar a ambos lados del diafragma y una masa bulky que infiltra esternón, tejido celular subcutáneo y piel. Con todo se diagnostica de metástasis cutánea de LBDCG (Estadio IV-S-X), iniciándose tratamiento con Avadomide + R-CHOP. Tras dos semanas de tratamiento presentó desaparición de la lesión cutánea y sin enfermedad en los estudios de extensión en el momento actual.

Discusión. La aparición de metástasis cutánea es un signo de agresividad, pobre diferenciación y de menor probabilidad de curación. En nuestra paciente, supone la primera manifestación de su enfermedad, sin haber desarrollado síntomas B, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia o afectación de médula ósea.

Conclusiones. El LBDCG es el subtipo histológico más común de linfoma no Hodgkin. La afectación cutánea no es infrecuente, ya que los linfomas secundarios representan aproximadamente el 25% de todos los linfomas cutáneos. Si bien, se recogen menos casos cuya primera manifestación sean las lesiones cutáneas. Por ello es importante orientar el diagnóstico sobre todo en pacientes con síntomas B, hepatoesplenomegalia o adenopatías. El pronóstico en pacientes con tratamiento es bueno, con remisión completa en el 60-70% de los pacientes.

P16. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CUTÁNEO EN CASTILLA Y LEÓN (PROYECTO EPISC-CYL)

J. Cañueto Álvarez^a, E. Cardeñoso Álvarez^b (*), A. Pérez Bustillo^c, M. Corral de la Calle^d, J. Feito Pérez^e, A. Aparicio^f, G. Martínez García^g, R. Tur González^h, A.M. González Pérez^a, A.M. Haro Pérezⁱ y C. Román Curto^a

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ^bComplejo Asistencial de Zamora. Zamora. ^cHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ^dComplejo Asistencial de Ávila. Ávila. ^eServicio de Anatomía Patológica. ^fComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ^gComplejo Asistencial de Zamora. Zamora. ^hHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁱComplejo Asistencial de Ávila. Ávila. ^jServicio de Medicina Preventiva. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. () Dirección actual: Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

Introducción. El cáncer de piel presenta un impacto epidemiológico muy significativo, pero salvo el melanoma, se encuentra excluido de los registros de cáncer. Por ello, no existen datos muy fiables de la incidencia del cáncer de piel en nuestro país.

Objetivo. Conocer el perfil epidemiológico y estimar la incidencia por cáncer cutáneo en Castilla y León.

Métodos. Estudio observacional prospectivo y multicéntrico (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca [CAUSA], Complejo Asistencial de Ávila [CAV], Complejo Asistencial de Zamora [CAZA] y Hospital Clínico de Valladolid [HCUV]) para estimar la incidencia de cáncer cutáneo en nuestra comunidad y conocer el perfil epidemiológico del cáncer de piel según las áreas. Reclutamiento desde el 1 de septiembre del 2017 hasta el 31 de agosto del 2018. Se incluyeron casos de carcinoma basocelular (CBC), carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), melanoma (MEL), carcinoma de células de Merkel (CCM) y dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP).

Resultados. Se identificaron 3560 casos de cáncer cutáneo entre los cuatro centros: 2597 CBC, 784 CEC -76 de los cuales se clasificaron

como queratoacantomas-, 216 MEL, 3 CCM, 4 DFSP y 37 tumores con otro diagnóstico. Por centros se diagnosticaron 1548 en el CAUSA, 851 casos en el CAZA, 746 casos en el HCUV y 497 en el CAV. Por tumores, y extrapolando la población de las provincias registradas y la del resto de las provincias de la Comunidad, estimamos una incidencia de 305,2/10⁵ habitantes de CBC, 92,1/10⁵ de CEC, 25,4/10⁵ de MEL, 0,35/10⁵ de CCM y 0,47/10⁵ de DFSP.

Conclusiones. La incidencia estimada de cáncer cutáneo en nuestra comunidad es ligeramente superior a la de otras regiones de España y a la de otros países de nuestro entorno. El desarrollo de un registro de cáncer cutáneo en Castilla y León podría proporcionar una herramienta muy útil para el diseño de estudios clínicos multicéntricos.

P17. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR LACTONAS SESQUITERPÉNICAS

C.C. Olmos Nieva, I. Ruiz González, P. Fernández Canga, M.S. Delgado Vicente, T. Alonso Alonso, J. Castiñeiras González, H. Perandones González y M.A. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) por plantas o sus productos derivados es frecuente, puede manifestarse como eczema localizado, dermatitis aerotransportada, tipo eritema multiforme o angioedema *like* y dermatitis sistémica cuando son ingeridas. El laurel, *Laurus Nobilis*, es una planta común, utilizada en alimentación, productos cosméticos y medicina natural por sus efectos analgésicos, antioxidantes, antiinflamatorios y antibacterianos. Más de 80 componentes se han encontrado en el laurel, entre ellos las Lactonas Sesquiterpénicas (SLs).

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 49 años, de profesión carterera y afición masajista. Consulta por presentar hace 8 meses brote de lesiones eritematosas que se extienden desde manos a cara y extremidades, de 4-5 semanas de duración. El 2.º brote apareció 12 horas después de dar masaje con aceite de bayas de laurel mezclado por ella misma. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar española, serie plantas y aceite propio, que fueron positivas para mezcla SLs, partenólida y aceite de laurel comercializado. Actualmente está asintomática al retirar el aceite de laurel.

Discusión. Las plantas tienen multitud de componentes que pueden comportarse como haptenos, incluso algunas contienen sustancias químicas de estructura molecular parecidas que pueden desencadenar reacciones cruzadas. Las positividades en este caso, para mix SLs (contiene 3 de los 6 principales grupos estructurales de SLs), partenólida y el aceite propio sugieren su probable implicación en la inducción de las lesiones. Las SLs del laurel probablemente implicadas de forma directa en la clínica y el partenólido probablemente represente una reacción cruzada. El true test no contiene la mezcla de lactonas.

Conclusión. Las formas clínicas de presentación de la DCA por plantas son variadas. Es de suma importancia tener la sospecha clínica, realizar pruebas con la serie estándar española, los productos propios y las series específicas, para llegar a realizar un diagnóstico correcto.

P18. ENFERMEDAD DE BOWEN EN ZONA NO FOTOEXPUERTA

B. Gómez Vila, C. Fernández Sánchez, P. Munguía Calzada, M. Mir Bonafé, J. Auban Pariente, A. de Dios Velázquez, C. Gómez de Castro, S. Requena López y S. Gómez Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. La enfermedad de Bowen es un carcinoma epidermoide in situ que suele presentarse en piel expuesta al sol en sujetos de edad avanzada. Cuando aparece en mucosa genital femenina se denomina neoplasia intraepitelial vulvar (VIN).

Caso clínico. Mujer de 82 años, con antecedentes de fibrilación auricular, asma persistente y síndrome mielodisplásico, es ingresada en M. Interna por exacerbación de su asma. Avisan a Dermatología por prurito vulvar de un año de evolución, sin mejoría tras tratamiento con clotrimazol y metilprednisolona tópicos. En la exploración presenta una placa eritematosa en cara interna de labios menores. Los cultivos de virus y bacterias resultaron negativos. Se practica una biopsia que revela una atipia celular en todas las capas de la epidermis, con una PCR de VPH negativa, llegando al diagnóstico de neoplasia intraepitelial de alto grado VIN 2. Se deriva a la paciente a Ginecología para tratamiento quirúrgico.

Discusión. La enfermedad de Bowen es un carcinoma intraepidérmico que cuando aparece en mucosa genital, se presenta como una placa eritematosa brillante y a menudo se interpreta como un

cuadro inflamatorio, tratándose sin éxito con corticosteroides tópicos. En estos casos es muy frecuente la asociación con la infección por virus del VPH, sobre todo en los pacientes más jóvenes. El diagnóstico es histológico, donde se observan queratinocitos atípicos en todo el espesor de la epidermis con la capa basal respetada. Para el tratamiento se recomienda la escisión quirúrgica de la lesión sin márgenes. Otras opciones terapéuticas son la radioterapia, crioterapia o tratamiento médico con Imiquimod o 5-Fluoracilo.

Conclusión. Es importante sospechar la enfermedad de Bowen ante una placa eritematosa solitaria pruriginosa en zona genital que no mejora con tratamiento habitual, especialmente en pacientes ancianos. El tratamiento de elección es la cirugía, aunque existen medidas no invasivas con altas tasas de eficacia.