



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa- Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología **PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |**



Patrocinador Platino



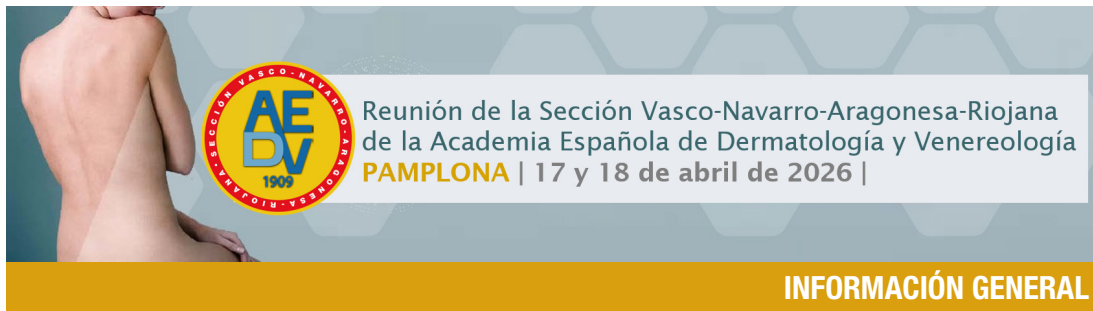


**Reunión Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología**
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA
Pamplona, 17/18 de abril de 2026

Presidente: Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro
Servicio de Dermatología
Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja

Programa





SEDE Y FECHAS

17/18 de abril 2026

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

Avda. Baja Navarra 47
31002 Pamplona

ORGANIZACIÓN

Junta Directiva SVNAR

Presidente: Íñigo Martínez de Espronceda
Vicepresidente: Juan Ignacio Yanguas Bayona
Secretaria: Verónica de Diego Pericas
Tesorero: Adrián Diago Irache
Vocales: Rosa Izu Belloso, Luis Díaz Ramón,
Nerea Ormaetxea Pérez y Javier Sánchez Bernal
Representante Residentes: Inés Oteiza Rius

SECRETARÍA TÉCNICA

Secretaría Congresos AEDV

Academia Española de Dermatología y Venereología
C/ Ferraz 100 - 1º Izquierda - 28008 Madrid
Persona de contacto: Iria Barcia
T. 902 102 976 - 620 97 97 20
E-mail: reunionvnr@congresoaedv.org
Secretaría gestionada por Cyex Congress Services

MÁS INFORMACIÓN

reunion-svnr.aedv.es

INSCRIPCIÓN

Cuotas de inscripción

Miembro AEDV.....110€
Residente en Dermatología⁽¹⁾.....60€
Académico Emérito.....0€
21% IVA incluido

⁽¹⁾ Imprescindible adjuntar documento en papel oficial firmado por el jefe de servicio/supervisor.

COMUNICACIONES

Fecha límite para envío de Comunicaciones

25 de febrero de 2026

E-mail para envío de Comunicaciones

reunionvnr@congresoaedv.org

Formulario para envío de Comunicaciones

<https://reunion-svnr.aedv.es/#comunicaciones>

El Comité Científico evaluará los resúmenes enviados y determinará la aceptación o rechazo de los mismos. Así mismo, se reserva el derecho de modificar la forma de presentación de las comunicaciones enviadas.

PREMIOS

Premio al **Mejor Póster**

Premio a la **Mejor Comunicación Oral**

Premio **Concurso de Casos Clínicos**



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología **PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |**

VIERNES 17 DE ABRIL

PROGRAMA

10:30 - 11:50 h.

COMUNICACIONES ORALES 1. Moderadoras: **Maialen Azcona Rodríguez / Raquel Santesteban Muruzábal.** Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

10:30 h.
Pág. 11

Lupus cutáneo inducido por vandetanib. Paula Arratibel Goenaga(1), María Asunción Arregui Murua(1), Natalia Valero Montalvo(1), Nerea Infante Gonzalo(1), Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Susana Vildósola Esturo(1), Hirune Cembrero Saralegui(1), Ingrid Hiltun Cabredo(1), Mary Yohana Silva Carmona(2), Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia

10:38 h.
Pág. 12

Enfermedad relacionada con igg4: A propósito de un caso. Natalia Valero Montalvo(1), María Asunción Arregui Murua(1), Deborah Ximena Ugas Burrenca(2), Nerea Infante Gonzalo(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Miren Marquina Iñarrairegui(1), Aitor Xabier De Vicente Aguirre(1), María Aránzazu López Pestaña(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia

10:46 h.
Pág. 13

Sitrame: No es celulitis, son neutrófilos. Andrés Ederra Galé(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Juan José García Alfonso(1), Clara Ruiz Ullate(1), Itziar Muelas Rives(1), Laura Bernal Masferrer(1), Irazu Barandika Urrutia(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1) y Emilio Ignacio Abecia Martínez(2) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Univ. Miguel Servet de Zaragoza

10:54 h.
Pág. 14

Placas anulares con cicatrización central y granulomas necrotizantes en histopatología: La excepción a la norma. Juan José García Alfonso(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Andrés Ederra Galé(1), Marco Cilleruelo Fouz(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Paula Martínez Soler(2) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Univ. Miguel Servet de Zaragoza

11:02 h.
Pág. 15

Esclerodermia cutánea difusa inducida por inmunoterapia: Un reto terapéutico. Lydia Corbalan Escortell(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Javier Soro Miranda(1), José Asensio Gómez(1), Mar García García(2) y Lucía Prieto Torres(1) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza

11:10 h.
Pág. 16

Lo infrecuente dentro de lo infrecuente: Dos casos de penfigoides de mucosas de localización poco habitual. Alba Martín Hernández(1), Iván Vázquez Caló(1), Maider Pretel Irazábal(1), Ana Arechalde Pérez(1), Ana Orbea Sopeña(1), Fernando Pulgar Martín(1), Nerea Vidaurrezaga Olivares(2), Gonzalo Irigoyen Miró(2), Francisco Javier Beltrán Ávila(3) y Mikel Egurrola Izquierdo(4) del (1)S. de Dermatología, (2)S. de Anatomía Patológica, (3)S. de Medicina Interna y (4)S. de Aparato Respiratorio del Hospital Univ. Galdakao-Usansolo

11:18 h.
Pág. 17

Olaparib y vasculitis cutánea: Un nuevo desafío diagnóstico en la era de los inhibidores PARP. Paula Rodríguez-Jiménez(1), Clara Miguel-Miguel(1), Marina López de Dicastillo-Cía(1), Olatz Aristu-Mañu(1), Juan Ignacio Yanguas-Bayona(1) y M.^a José Lecumberri-Biurrun(2) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Oncología Médica del Hospital Universitario de Navarra



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología **PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |**

VIERNES 17 DE ABRIL

PROGRAMA

11:26 h.
Pág. 18

Adalimumab en la foliculitis decalvante refractaria: Experiencia clínica en nuestro

centro. Jone López Martínez(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Mathilde Christine Ramírez Cassagne(1), Javier Gimeno Castillo(1), Lucía Carnero González(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Sergio Moreno Palma(1), Izaskun Etxebarria Fernández(2) y Ricardo González Pérez(1) del (1)S. de Dermatología médico-quirúrgica y venereología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba

11:34 h.
Pág. 19

Riesgo de eventos protrombóticos en pacientes con enfermedades ampollares autoin-

munes: Descripción de 3 casos y propuesta de tratamiento profiláctico. Isabel Jorques Belda(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Osión Lorenzo Martín(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) y Agustín España Alonso(1) del (1)Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

11:42 h.
Pág. 20

Tratamiento con dupilumab en población pediátrica afecta de dermatitis atópica

grave: Estudio retrospectivo multicéntrico del País Vasco. Alberto García García(1), Patricia Andrés Ibarrola(1), María Salomé Álvarez Sánchez(1), Begoña Ramos Bareño(2), Clara Rodríguez Caruncho(3), Laura Blanch Rius(4), Ester Moreno Artero(5) y Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(6), María Rosario González Hermosa(1) del (1)Hospital Univ. Cruces, (2)Hospital Univ. Urduliz, (3)Hospital Univ. Donosti, (4)Hospital Univ. Basurto, (5) Hospital Univ. Galdakao y (6)Hospital Univ. Araba

11:50 - 12:20 h.

PAUSA CAFÉ

12:20 - 13:35 h.

COMUNICACIONES ORALES 2. Moderadoras: **Leire Loidi Pascual / Irene Palacios Álvarez.** Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

12:20 h.
Pág. 22

Pioderma gangrenoso postquirúrgico en cirugía de mama: Serie de casos en un

hospital terciario. Patricia Andrés Ibarrola(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Unay Yilmaz Bescos(2), Leire Aparicio Elizalde(2), Irati Irizar Aguirre(1), Begoña Udondo González del Tánago(1), Nerea Agesta Sánchez(1), Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte(1), Joseba Ugedo Alzaga(1) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Cruces

12:28 h.
Pág. 23

Telangiectasias cutáneas como primer signo de recidiva de un tumor neuroendocrino.

Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone Lopez Martinez(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Amaia Saenz Aguirre(1), Amaia Urtaran Ibarzabal(1), Irene García Río(1), Itziar Arrue Michelena(1), Izaskun Trebol Urrea(1), Antonio Manuel Cordovilla Moreno(2) y Ricardo Gonzalez Perez(1) el (1)S. de Dermatología, Hospital Universitario Araba y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba

12:36 h.
Pág. 24

Las funciones del párpado como enfoque primario en cirugía reconstructiva oncológica palpebral a través de una serie de casos.

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro(1), Verónica De Diego Pericas(1), Beatriz Aldea Manrique(1), Pedro Gil Pallarés(1), Jorge Aróstegui Aguilar(1), Ana Palma Ruiz(1), Alba Navarro Bielsa(1), Elena Bularca Neagoe(1), Patricia García Morrás(1), Eva Fernández Vilariño(1) y Laura Tabuenca del Barrio(2) del (1)S. de Dermatología y (2)S. de Oftalmología del Hospital Univ. San Pedro de Logroño

12:44 h.
Pág. 25

Experiencia en vida real con cemiplimab en carcinoma escamoso cutáneo localmente

avanzado y metastásico: Serie de 15 casos. Zita Álvarez Bobillo(1), Adrián Diago Irache(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Andrés Ederra Galé(1), Juan José García Alfonso(1), Marco Cilleruelo Foz(1), Clara Ruiz Ullate(1) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)S. de Dermatología del Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

VIERNES 17 DE ABRIL

PROGRAMA

12:52 h.
Pág. 26

Colgajo digitiforme de punta nasal como alternativa en un solo tiempo quirúrgico al colgajo frontal paramediano en defectos alares de espesor total. Elisa María Gómez González(1), Javier Antoñanzas Pérez(2), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Coral Alejandra Garrido Baez(1), Isabel Jorqués Belda(1), Osian Lorenzo Martín(1), Rafael Salido Vallejo(1) y Pedro Redondo Bellón(2) del (1)Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona y (2)Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, Madrid

13:00 h.
Pág. 27

Modificación del colgajo de avance en semiluna para la reconstrucción de defectos de la cara lateral nasal que involucran toda la subunidad anatómica. Osian Lorenzo Martín(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Baez(1), Isabel Jorques Belda(1), Rafael Salido Vallejo(1) y Javier Antoñanzas Pérez(1) del (1)Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra

13:08 h.
Pág. 28

La piel habló cuando el cuerpo calló: Eritema necrolítico migratorio como clave diagnóstica de un glucagonoma. Iñigo Sánchez Benítez(1), Iker narvaez Gonzalo(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandon(1), Irene Arevalo Ortega(1), Ane Iobato izaguirre(1), Ana Sánchez Díez(1) y Rosa Izu Belloso(1) del (1)Hospital Universitario de Basurto

13:16 h.
Pág. 29

Manejo terapéutico de las úlceras por calcifilaxis. Bárbara Lada Colunga(1), Iñigo Sánchez Benítez(1), Leopoldo Domper Fernández(1), Iker Narvaez Gonzalo(1), Ana Sánchez Díez(1), Ena Maria Fernández Lomana(2) y Rosa Izu Belloso(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Basurto

13:24 h.
Pág. 30

Disestesia solar ¿estamos ante una nueva entidad? Irati Irizar Aguirre(1), Manuel Pascual Ares(1,2), Jesús Gardeazabal García (2), José María Villa González(1), Alberto García García(1), María Calderón Calvo(1), Juan Antonio Ratón Nieto(1) y Elvira Acebo Mariñas(1) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Barakaldo, Bizkaia) y (2)Consulta privada Dr. Gardeazabal (Bilbao, Bizkaia)

13:35- 13:45 h.

LECTURA PÓSTERES Y SELECCIÓN PARA DEFENSA AL DÍA SIGUIENTE
Iñigo Martínez de Espronceda. Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja

13:45 -15:45 h.

PAUSA ALMUERZO
Salón Pérgola. Colegio Oficial de Médicos de Navarra

15:45- 17:00 h.

CASOS QUE MÁS ME HAN ENSEÑADO. Moderadoras: **Mª Pilar Gil Sánchez / Nuria Rodríguez Garijo.** Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

15:45 - 15:57 h.

Caso 1. **Ana Orbea Sopena.** Hospital Universitario de Galdakao, Vizcaya

15:57 - 16:09 h.

Caso 2. **Mª Asunción Arregui Murua.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

16:09 - 16:21 h.

Caso 3. **Maialen Azcona Rodríguez.** Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

16:21 - 16:33 h.

Caso 4. **Ignacio Rivera Fuertes.** Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

16:33 - 16:45 h.

Caso 5. **Agustín España Alonso.** Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

16:45 - 17:00 h.

Discusión



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

VIERNES 17 DE ABRIL

PROGRAMA

- 17:00 - 17:45 h.** **CHARLA MAGISTRAL. DERMATOSIS NEUTROFÍLICAS.**
Moderador: **Íñigo Martínez de Espronceda.** Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja
- 17:00 - 17:30 h.** **Ángel Fernández Flores.** Hospital Universitario El Bierzo, Ponferrada
- 17:30 - 17:45 h.** **Discusión**
- 17:45 - 18:45 h.** **ASAMBLEA.** **Íñigo Martínez.** Presidente SVNAR / **Verónica de Diego.** Secretaria SVNAR
- 18:45 - 19:45 h.** **IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA EN PSORIASIS, DERMATITIS ATÓPICA E HIDRADENITIS SUPURATIVA**
Íñigo Martínez de Espronceda. Hospital San Pedro de Logroño
- 21:00 - 23:30 h.** **CENA OFICIAL DE LA REUNIÓN**
Casa Manolo Restaurante. C/ García Castañón, 12, 31002 Pamplona

SÁBADO 18 DE ABRIL

PROGRAMA

- 10:00 - 10:15 h.** **EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS BECADOS SVNAR25**
1. **Itziar Muelas Rives**; 2. **Joseba Ugedo Alzaga**; 3. **Rebeca Pérez Blasco**
4. **Paula Rodríguez Jiménez**; 5. **José González Fernández**
- 10:15 - 10:30 h.** **DEFENSA DE PÓSTERES SELECCIONADOS.** Moderadoras: **Marta Fernández Galar / Mónica Larrea García.** Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
- 10:30 - 11:50 h.** **COMUNICACIONES ORALES 3.** Moderadoras: **Marta Fernández Galar / Mónica Larrea García.** Clínica Universidad de Navarra, Pamplona
- 10:32 h.** **Pág. 28**
- Nuestra experiencia en el tratamiento de formas graves y complejas de psoriasis con bimekizumab.** Andrea Berrueta Navascués(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Mathilde Christine Ramírez Cassagne(1), Sofía Goula Fernández(1), Sonia Heras González(1), Vanesa Fatsini Blanch(1), Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(1) y Ricardo González Pérez(1) del (1)Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava)-España
- 10:33 h.** **Pág. 29**
- Enfermedad de dowing-degos tipo 4 (enfermedad galli-galli) con mutación pognut1: Hallazgos clinicopatológicos e inmunohistoquímicos.** José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Javier Soro Miranda(1), José Asensio Gómez(1), Diego Larrosa Martínez(2), Mar García García(2), Sonia de la Fuente Meira(1), Lucía Prieto Torres(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)S. de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)S. de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza
- 10:34 h.** **Pág. 30**
- Reacciones paradójicas asociadas a alopecia en pacientes con tratamiento biológico para psoriasis: Una serie de casos.** Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Victoria Lezcana Biosca(1), Andrea Montes Torres(1), Ana Morales Moya(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza
- 10:35 h.** **Pág. 29**
- Enfermedad inflamatoria pélvica por haemophilus influenzae, ¿una infección de transmisión sexual?** María Calderón Calvo(1), Olatz Lasa Elgezua(1), Santiago Díez Lázaro(2), Marta Fernández-Miranda López(1), Marta Mendieta Eckert(1), Izaskun Ocerin Guerra(1), Irati Allende Markixana(1), José Luis Díaz Ramón(1) y Belén Navajas Pinedo(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Univ. Cruces, Barakaldo (Bizkaia)



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

SÁBADO 18 DE ABRIL

PROGRAMA

11:02 h.
Pág. 36

Cuando la plasmocitosis no es plasmocitosis: Acrodermatitis crónica atrófica como manifestación tardía de la enfermedad de Lyme. Marina López de Dicastillo Cía(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez, Olatz Aristu Mañu(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) del (1)Hospital Univ. de Navarra, Pamplona

11:10 h.
Pág. 37

Nódulos asépticos y alopecicos del cuero cabelludo: 2 casos. Clara María Ruiz Ullate(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Andrés Ederra Galé(1), Juan José García Alfonso(1), Marco Cilleruelo Fouz(1) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)Hospital Univ. Miguel Servet de Zaragoza

11:18 h.
Pág. 38

Urgencias en dermatología: Una forma diferente de aprender. Iván Vázquez Calo(1), Alba Martín Hernández(1), Iris Vicente Sánchez(1), Ines Oteiza Rius(1), Ester Moreno Artero(1), Jon Ander Yagüe Barcia(1), Victoria Morillo Montañes(1), Juan Cazallas Tarazaga(2), Idoia Irazola Diaz De Rada(2), Begoña Pernia Arechederra(2), Juana María Rodríguez Gonzalez(3), Rafael Ibarrola Altuna(3) y Rebeca Ruiz Onandi(3) del (1)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Dermatología. (2)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Enfermedades Infecciosas y (3)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Anatomía Patológica

11:26 h.
Pág. 39

Aplicaciones terapéuticas del rituximab intralesional en patología dermatológica: Presentación de tres casos. Deiane Marcos Muñagorri(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques Belda(1), Osián Lorenzo(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) y Agustín España Alonso(1) de la (1)Clínica Universidad de Navarra

11:34 h.
Pág. 40

Experiencia clínica en lepra en Malawi y propuesta de abordaje en nuestro medio. Clara Miguel Miguel (1) (14), Berta Bonaut Iriarte (1), Borja Gonzalez Rodríguez (2) (14), Luis Jiménez Briones (3) (14), Lucía Ruiz Arasanz (4) (14), María Enseñat Romeo (5) (14), Claudia Sanz González (6) (14), Verónica García Artiaga (7) (14), Gloria De La Vega Calvo Moreno (8) (14), Inês Pereira Amaral (9) (14), Pau Forte Genescà (10) (14), Cristina Esteban Sanz (11) (14), Marta Utrera Busquets (12) (14) y Gisela Hebe Petiti (13) (14) del (1)Hospital Univ. de Navarra – S. de Dermatología, (2)Hospital Univ. 12 de Octubre – S. de Dermatología, (3)Hospital General Univ. Gregorio Marañón – S. de Dermatología, (4)Centre hospitalier de Bligny– Sanatorium, (5)Hospital Nuestra Señora de Gracia, (6)Hospital Univ. Ramón y Cajal – S. de Microbiología, (7)Hospital Univ. de La Princesa – S. de Microbiología, (8) , (9)Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal - S. de Dermatología, (10)Hospital del Mar- Parc de Salut MAR – S. de Dermatología, (11) CUAP Ciutat Vella, (12)Hospital Infanta Elena de Huelva – S. de Dermatología, (13) Hospital Moisès Broggi – S. de Dermatología, (14)Dermalawi

11:42 h.
Pág. 41

Más allá del impétigo: Acrodermatitis enteropática en el diagnóstico diferencial de lesiones ampollas infantiles. Olatz Aristu Mañu(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López De Dicastillo Cía(1), Mónica Larrea García(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) del (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

11:50 - 12:20 h.

PAUSA CAFÉ

12:20 - 13:20 h.

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

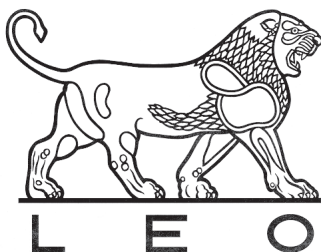
Juan Ignacio Yanguas Bayona. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

13:20 - 13:30 h.

ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DE LA REUNIÓN



Patrocinador Oro



Comunicaciones Orales 1





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Lupus cutáneo inducido por vandetanib

Paula Arratibel Goenaga(1), María Asunción Arregui Murua(1), Natalia Valero Montalvo(1), Nerea Infante Gonzalo(1), Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Susana Vildósola Esturo(1), Hirune Cembrero Saralegui(1), Ingrid Hiltun Cabredo(1), Mary Yohana Silva Carmona(2), Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia

Introducción

El lupus inducido por fármacos es una entidad infrecuente que puede presentar síntomas cutáneos y/o sistémicos. Diversos fármacos, incluidos algunos inhibidores de la tirosin cinasa (ITK), se han relacionado con cuadros lupus-like. El vandetanib, ITK empleado en el carcinoma medular de tiroides, se ha relacionado con cuadros de fototoxicidad y ocasionalmente con lupus cutáneo.

Caso clínico

Mujer de 63 años que consultó por lesiones cutáneas faciales, en tronco y extremidades de tres semanas de evolución. Presentaba un carcinoma medular de tiroides en tratamiento con vandetanib desde hacía dos meses. A la exploración se objetivó eritema facial violáceo, placas bien delimitadas de aspecto edematoso en hombros, codos, cara dorsal de manos y pies y rodillas además de lesiones dispersas en espalda alta y escote. No había lesiones en mucosas ni refería síntomas sistémicos. La analítica presentó ANA positivos (título 1/1280 patrón moteado), ENA negativos, C4 bajo y C3 normal. La histopatología mostró una dermatitis de interfase con degeneración hidrópica de la capa basal e infiltrado linfocitario perivascular, compatible con lupus. Se suspendió el vandetanib y se realizó tratamiento con corticoide tópico e hidroxycloroquina con resolución completa de las lesiones en 4 meses. Se instauró tratamiento con cabozantinib que fue bien tolerado y posterior cirugía de rescate con buen resultado oncológico.

Discusión y conclusiones

En este caso la clínica compatible, la relación temporal con el inicio del vandetanib y los hallazgos analíticos e histológicos nos dieron el diagnóstico de lupus inducido por vandetanib. En esta entidad la sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico precoz y la retirada del fármaco causante.



Enfermedad relacionada con igg4: A propósito de un caso

Natalia Valero Montalvo(1), María Asunción Arregui Murua(1), Deborah Ximena Ugas Burranca(2), Nerea Infante Gonzalo(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Miren Marquina Iñarrairaegui(1), Aitor Xabier De Vicente Aguirre(1), María Aránzazu López Pestaña(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)Hospital Universitario Donostia Servicio de Dermatología y (2)Hospital Universitario Donostia Servicio de Anatomía Patológica

Introducción

La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es un trastorno fibroinflamatorio multisistémico poco frecuente caracterizado por infiltración de células plasmáticas IgG4 positivas y fibrosis tisular. La afectación cutánea es infrecuente y carece de criterios diagnósticos bien definidos.

Caso clínico

Mujer de 68 años, con antecedente de sarcoidosis estadio II, remitida a dermatología en 2022 por pápulas eritematosas pruriginosas en región submandibular izquierda. Se realiza biopsia que muestra infiltrado linfohistiocitario sin granulomas. En 2024, ante empeoramiento con lesiones subcutáneas infiltradas muy pruriginosas en región parotídea y submandibular izquierda, se repite biopsia, hallando infiltrado linfohistiocitario con eosinófilos, células plasmáticas positivas para CD38 con expresión IgG4/IgG >40% y elevación de IgG4 sérica. Se diagnostica ER-IgG4 y se inicia tratamiento con prednisona 40 mg con descenso progresivo y seguimiento clínico, radiológico y serológico, planteando rituximab en caso de falta de respuesta o recaída.

Discusión

La ER-IgG4 cutánea se presenta como nódulos, pápulas y placas pruriginosas en pacientes varones de mediana edad o ancianos. Representa el 4,2–6,3% de los casos y suele localizarse, sobre todo, en cabeza y cuello. El diagnóstico requiere correlación clínica (edema o masas), histológica (IgG4/IgG >40%) y serológica (IgG4 > 135 mg/dl), considerando diagnósticos diferenciales como neoplasias y procesos inflamatorios sistémicos. El tratamiento de primera línea son los glucocorticoides, siendo rituximab eficaz en casos refractarios. También se han descrito casos tratados con dupilumab.

Conclusión

La ER-IgG4 con afectación cutánea es una manifestación poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha. La integración de datos clínicos, histológicos y serológicos es clave para alcanzar el diagnóstico y realizar un tratamiento precoz.

Palabras clave

Enfermedad sistémica; tratamiento sistémico



Sitrane: No es celulitis, son neutrófilos

Andrés Ederri Galé(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Juan José García Alfonso(1), Clara Ruiz Ullate(1), Itziar Muelas Rives(1), Laura Bernal Masferrer(1), Iranzu Barandika Urrutia(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1) y Emilio Ignacio Abecia Martínez(2) del (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Introducción

El síndrome SITRAME (systemic inflammatory trunk recurrent acute macular eruption) es un síndrome autoinflamatorio esporádico descrito recientemente en adultos, con apenas 16 casos publicados en la literatura.

Caso

Un varón de 70 años diagnosticado previamente de psoriasis invertida acudió a nuestra consulta presentando, desde hace nueve años, brotes recurrentes de grandes placas eritemato-edematosas no pruriginosas de bordes netos en hemiabdomen y flanco izquierdo, que aparecían bruscamente en unas horas, asociados a fiebre elevada y malestar general, y remitían en 7-10 días sin descamación residual. Durante los brotes se objetivó elevación de PCR y neutrofilia, el perfil de autoinmunidad fue negativo y se descartó etiología infecciosa. La biopsia mostró un infiltrado dérmico neutrofílico con edema, sin vasculitis ni eosinofilia. Se prescribió una pauta descendente de prednisona 30 mg/día, con mejoría clínica evidente en 48 horas.

Discusión

En 2025 se publicaron los criterios diagnósticos provisionales de SITRAME. Nuestro paciente cumplía los 4 criterios mayores (más de 3 brotes de erupción macular en la misma área del tronco asociada a PCR > 5 mg/L que dura menos de 8 días) y 2 menores (fiebre y astenia durante los brotes), por lo que se realizó un diagnóstico de exclusión tras enfermedad monogénica autoinflamatoria, neoplasia activa y enfermedad autoinmune. La similitud clínico patológica con la variante del síndrome de Sweet tipo celulitis gigante sugiere que ambas formen parte de un posible espectro común de dermatosis neutrofílicas autoinflamatorias.

Conclusiones

El reconocimiento del síndrome SITRAME es fundamental para evitar diagnósticos erróneos de celulitis y el consiguiente uso innecesario de antibioterapia sistémica, así como ingresos hospitalarios y exploraciones complementarias repetidas. La identificación de sus características clínicas distintivas permite un abordaje terapéutico adecuado y precoz, con rápida mejoría clínica



Placas anulares con cicatrización central y granulomas necrotizantes en histopatología: La excepción a la norma

Juan José García Alfonso(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Andrés Ederra Galé(1), Marco Cilleruelo Fouz(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Paula Martínez Soler(2) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Dermatología y (2)Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Anatomía Patológica

Introducción

La sarcoidosis cutánea presenta gran polimorfismo clínico e histológico. Aunque clásicamente se caracteriza por granulomas no necrotizantes, en raras ocasiones puede cursar con granulomas necrotizantes, lo que obliga a descartar etiologías infecciosas y vasculíticas.

Material y método

Presentamos el caso de un varón de 61 años, ex-trabajador de industria de vitrificación y sin antecedentes relevantes, con lesiones cutáneas de tres años de evolución en región supralabial, preauricular izquierda y pectoral, en forma de placas anulares o arciformes con cicatrización central, asociadas a astenia. Se realizaron biopsias cutáneas repetidas para estudio histológico y microbiológico, serologías, determinación de enzima convertidora de angiotensina (ECA) y receptor soluble de IL-2, TAC, PET-TC y pruebas funcionales respiratorias.

Resultados

La anatomía patológica mostró dermatitis granulomatosa con granulomas necrotizantes sin microorganismos en las tinciones dirigidas. El estudio microbiológico fue repetidamente negativo (visión directa, cultivo y PCR). La ECA fue normal y el receptor soluble de IL-2 presentó leve elevación (649; normal ≤ 623). El TAC evidenció pequeños nódulos pulmonares y adenopatías mediastínicas parcialmente calcificadas; el PET-TC mostró captación moderada en adenopatías axilares e inguinales bilaterales sin afectación parenquimatosa. Se inició prednisona (0,5 mg/kg) e hidroxicloroquina con mejoría progresiva cutánea y sistémica.

Discusión

La presencia de granulomas necrotizantes orientó inicialmente hacia lupus vulgar tuberculoso. Sin embargo, la negatividad microbiológica repetida y la respuesta terapéutica apoyaron el diagnóstico de sarcoidosis con presentación histológica atípica.

Conclusiones

La sarcoidosis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de granulomas necrotizantes cutáneos tras excluir causas infecciosas. La correlación clínico-patológica y la evolución clínica son fundamentales para el diagnóstico.

Palabras clave

Sarcoidosis cutánea; granulomas necrotizantes; dermatitis granulomatosa



Esclerodermia cutánea difusa inducida por inmunoterapia: Un reto terapéutico

Lydia Corbalan Escortell(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Javier Soro Miranda(1), José Asensio Gómez(1), Mar García García(2) y Lucía Prieto Torres(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

Los inhibidores del checkpoint inmunitario (ICI) se asocian a eventos adversos inmunomediados cutáneos, entre ellos síndromes esclerodermiformes infrecuentes. Aunque predominan los casos vinculados a inhibidores de PD-1, también se han descrito con anti-PD-L1 como atezolizumab. Presentamos un caso de fibrosis cutánea progresiva con prurito severo tras inmunoterapia.

Material y métodos

Mujer de 66 años con carcinoma microcítico de pulmón estadio IV tratada con carboplatino-etopósido-atézolizumab. Tras finalizar la inmunoterapia desarrolló prurito intenso en extremidades y esclerosis cutánea progresiva de seis meses de evolución.

Resultados

La exploración evidenció engrosamiento cutáneo difuso de aspecto céreo, escamas ictiosiformes e induración marcada con limitación funcional. La biopsia fue compatible con esclerodermia y la autoinmunidad resultó negativa. Se inició prednisona (60 mg/día) con respuesta insuficiente, asociándose PUVA y metotrexato, suspendido este último por hepatotoxicidad y deterioro renal. Ante prurito incoercible se autorizó dupilumab y se añadió micofenolato mofetilo, con reducción progresiva de corticoterapia. Al mes se objetivó mejoría significativa clínica.

Discusión

El síndrome esclerodermiforme asociado a ICI presenta características diferenciales respecto a la esclerodermia idiopática: predominio cutáneo, menor afectación vascular y frecuente seronegatividad. Su patogenia se relaciona con la activación inmunitaria sostenida tras el bloqueo del eje PD-1/PD-L1, favoreciendo la liberación de citocinas proinflamatorias. El control del prurito puede requerir terapias dirigidas como dupilumab, que actúa sobre IL-4/IL-13.

Conclusión

La esclerodermia cutánea difusa inducida por inmunoterapia es infrecuente pero clínicamente relevante. El reconocimiento precoz y un abordaje terapéutico individualizado, incluyendo terapias dirigidas, pueden mejorar la evolución y la calidad de vida del paciente.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Lo infrecuente dentro de lo infrecuente: Dos casos de penfigoides de mucosas de localización poco habitual

Alba Martín Hernández(1), Iván Vázquez Calo(1), Maider Pretel Irazábal(1), Ana Arechalde Pérez(1), Ana Orbea Sopena(1), Fernando Pulgar Martín(1), Nerea Vidaurrezaga Olivares(2), Gonzalo Irigoyen Miró(2), Francisco Javier Beltrán Ávila(3) y Mikel Egurrola Izquierdo(4) del (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica, (3)Servicio de Medicina Interna y (4) Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

El penfigoide de membranas mucosas es una enfermedad ampollosa rara en la que se afectan de forma más frecuente la mucosa oral y conjuntival. Se presentan dos casos de localizaciones atípicas de esta enfermedad.

El primer caso es una mujer de 42 años, diagnosticada clínicamente de penfigoide de mucosas con lesiones orales de unos 6 años de evolución. Tras iniciar seguimiento en consultas de dermatología, se realizó biopsia de mucosa labial y encías para hematoxilina-eosina e inmunofluorescencia directa en la que se observó depósito lineal en la membrana basal de IgG y C3, siendo la histología compatible con un penfigoide de mucosas. La paciente comenzó a presentar síntomas respiratorios con expectoración de restos epiteliales, por lo que se realizó una broncoscopia con toma de biopsias.

El siguiente caso es una mujer de 75 años que fue derivada a dermatología por disfagia progresiva con estenosis esofágica en probable contexto de enfermedad ampollosa. En gastroscopia previa realizada se observaban láminas blanquecinas en la mucosa sugerentes de membranas, con biopsias negativas para inmunofluorescencia directa.

En conclusión, presentamos estos dos casos de localizaciones infrecuentes de penfigoide de mucosas por la relevancia del diagnóstico y tratamiento precoz en este tipo de afectación, ya que la sintomatología a estos niveles puede ser muy limitante e incluso amenazante para la vida de los pacientes.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Olaparib y vasculitis cutánea: Un nuevo desafío diagnóstico en la era de los inhibidores PARP

Paula Rodríguez-Jiménez(1), Clara Miguel-Miguel(1), Marina López de Dicastillo-Cía(1), Olatz Aristu-Mañu(1), Juan Ignacio Yanguas-Bayona(1) y M.ª José Lecumberri-Biurrun(2) del (1)Hospital Universitario de Navarra-Servicio de Dermatología y (2) Hospital Universitario de Navarra-Servicio de Oncología Médica

Introducción

Olaparib es un inhibidor de la poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP) aprobado como tratamiento de mantenimiento en carcinoma de ovario avanzado. Los efectos adversos cutáneos descritos incluyen prurito, fotosensibilidad, erupción morbiliforme y edema periférico. Sin embargo, la vasculitis cutánea representa un evento adverso excepcional, con casos aislados comunicados en la literatura.

Material y método

Presentamos un nuevo caso de panarteritis nudosa cutánea (PAN) asociada a olaparib.

Resultados

Mujer de 62 años con carcinoma seroso de ovario de alto grado y carcinomatosis peritoneal, en mantenimiento con olaparib desde mayo de 2024 tras quimioterapia neoadyuvante y cirugía citorreductora. En diciembre de 2024 presentó livedo reticularis y nódulos eritematosos en el tercio distal de las extremidades, sin otra sintomatología asociada. La biopsia cutánea evidenció paniculitis predominantemente septal con vasculitis de vaso mediano e infiltrado inflamatorio polimorfo. El estudio analítico (hemograma, función renal y hepática, ANA, ENA, ANCA, complemento, sedimento urinario) resultó sin alteraciones, estableciéndose el diagnóstico de panarteritis nudosa cutánea. Ante la sospecha de PAN asociada a olaparib, se suspendió temporalmente el fármaco y se inició corticoterapia oral en pauta descendente, con mejoría clínica. Posteriormente se reintrodujo olaparib a dosis reducida, manteniéndose un control parcial de las lesiones cutáneas hasta la actualidad.

Discusión

Se han reportado 4 casos de vasculitis cutánea inducida por olaparib reforzando nuestro caso esta probable relación causal. Por tanto, la PAN cutánea debería considerarse en pacientes tratados con olaparib, ya que su reconocimiento precoz permite un manejo individualizado sin necesidad de suspender de forma imperativa un tratamiento oncológico potencialmente beneficioso.

Palabras clave

Olaparib, inhibidores PARP, vasculitis, panarteritis nudosa cutánea



Adalimumab en la foliculitis decalvante refractaria: Experiencia clínica en nuestro centro

Jone López Martínez(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Mathilde Christine Ramírez Cassagne(1), Javier Gimeno Castillo(1), Lucía Carnero González(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Sergio Moreno Palma(1), Izaskun Etxebarria Fernández (2) y Ricardo González Pérez (1) del (1)Hospital Universitario Araba, Servicio de Dermatología médico-quirúrgica y venereología y (2)Hospital Universitaria Araba, Servicio de Anatomía Patológica

Introducción

La foliculitis decalvante (FD) es una alopecia cicatricial primaria de curso crónico e inflamatorio que, en un subgrupo de pacientes, resulta refractaria a múltiples líneas de tratamiento.

Objetivo

Describir la evolución clínica y la respuesta al tratamiento con adalimumab en pacientes con foliculitis decalvante refractaria.

Casos clínicos y métodos

Se presentan tres pacientes mujeres de 42, 57 y 70 años con diagnóstico clínico e histológico de foliculitis decalvante. Todas habían recibido previamente múltiples tratamientos; infiltraciones intralesionales de acetónido de triamcinolona, prednisona oral, antibióticos sistémicos (doxiciclina, clindamicina-rifampicina, amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino), ciclosporina e isotretinoína, con escasa respuesta. Ante la refractariedad del cuadro, se decidió iniciar tratamiento con adalimumab fuera de ficha técnica, con el objetivo de controlar la inflamación, frenar la progresión de la alopecia y mejorar la sintomatología. Se empleó la posología habitual, con una dosis inicial de 80 mg seguida de 40 mg cada dos semanas.

Resultados

Las tres pacientes presentaron una respuesta clínica aceptable tras el inicio del tratamiento con adalimumab, con mejoría de los signos inflamatorios. En una de ellas fue necesario intensificar la pauta a administración semanal a los siete meses, debido a la persistencia de actividad inflamatoria en la placa de alopecia, asociándose además infiltraciones intralesionales de acetónido de triamcinolona para lograr un adecuado control de la enfermedad. La tolerancia al tratamiento fue buena en los tres casos, sin aparición de efectos adversos significativos durante el seguimiento.

Conclusiones

El adalimumab puede constituir una opción terapéutica eficaz y bien tolerada en pacientes con foliculitis decalvante refractaria a tratamientos convencionales. En determinados casos, puede ser necesaria la intensificación de la pauta o la asociación con tratamientos locales para optimizar la respuesta clínica.



Riesgo de eventos protrombóticos en pacientes con enfermedades ampollares autoinmunes: Descripción de 3 casos y propuesta de tratamiento profiláctico

Isabel Jorques Belda(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Osián Lorenzo Martín(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) y Agustín España Alonso(1) del (1)Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Introducción

Las enfermedades ampollas autoinmunes generan un estado inflamatorio persistente que se asocia con hipercoagulabilidad y mayor riesgo de eventos trombóticos, especialmente tromboembolismo venoso (TEV). Este riesgo es particularmente relevante en el pénfigoide ampolloso, que suele afectar a personas de edad avanzada con múltiples comorbilidades.

Casos clínicos

Se describen tres pacientes de entre 70 y 77 años con pénfigoide ampolloso, pénfigo vulgar y pénfigo foliáceo que desarrollaron TEV. Todos presentaban factores de riesgo adicionales, como inmovilidad, viajes prolongados, neoplasias ocultas o corticoterapia mantenida. Los tres casos manifestaron trombosis venosa profunda (TVP) en miembros inferiores y uno evolucionó a tromboembolismo pulmonar (TEP).

Resultados

En los dos casos de TVP aislada, la sospecha clínica se confirmó mediante ecografía Doppler. En el caso del TEP, el paciente presentó disnea súbita y se diagnosticó mediante angioTAC. En todos ellos, se inició tratamiento con heparina a dosis anticoagulantes hasta la resolución de la trombosis y el control de la enfermedad ampollar. La evolución fue satisfactoria en los 3 casos, sin fallecimientos.

Discusión y conclusiones

Diversos estudios poblacionales han mostrado que los pacientes con enfermedades ampollas autoinmunes tienen un riesgo elevado de TEV, incluyendo TVP y TEP, con una incidencia hasta 2 veces mayor que la población general, incluso tras ajustar por otras comorbilidades. Por ello, resulta fundamental controlar precozmente la inflamación y minimizar el uso prolongado de corticoides.

Aunque no existen guías terapéuticas que lo recomienden de forma activa, consideramos que debe valorarse el riesgo de trombosis en los pacientes con enfermedades ampollas autoinmunes, especialmente en los añosos y con comorbilidades. En consecuencia, se deben adoptar las oportunas medidas terapéuticas, desde acciones profilácticas como el uso medias compresivas hasta la propia anticoagulación.



Tratamiento con dupilumab en población pediátrica afecta de dermatitis atópica grave: Estudio retrospectivo multicéntrico del País Vasco

Alberto García García(1), Patricia Andrés Ibarrola(1), María Salomé Álvarez Sánchez(1), Begoña Ramos Bareño(2), Clara Rodríguez Caruncho(3), Laura Blanch Rius(4), Ester Moreno Artero(5) y Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(6), María Rosario González Hermosa(1) del (1)Hospital Universitario Cruces, (2)Hospital Universitario Urduliz, (3)Hospital Universitario Donosti, (4)Hospital Universitario Basurto, (5) Hospital Universitario Galdakao y (6)Hospital Universitario Araba

Introducción

La dermatitis atópica (DA) grave en la población pediátrica representa un importante reto terapéutico. El dupilumab, que inhibe la señalización de IL-4 e IL-13, ha demostrado ser eficaz en ensayos clínicos en DA grave en pacientes > 6 meses de edad, siendo fundamental analizar su comportamiento en la práctica real.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos (6 meses – 14 años) con DA grave tratados con dupilumab en los principales centros del País Vasco. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales y familiares, edad al diagnóstico y de inicio del tratamiento, entre otras. La respuesta clínica se evaluó mediante escalas en el momento basal y durante el seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 67 pacientes (48% varones) de 5 centros del País Vasco. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2 años (RI 1,00; 3,00) y al inicio del dupilumab de 9 (RI 6,00; 12,00). Se observó una mejoría estadísticamente significativa en todos los parámetros. El EASI disminuyó de 23,1 (RI 21,45; 28,00) a 2 (RI 0,50; 5,00). El 47% alcanzó un IGA de 0 o 1. La mediana del NRS prurito basal fue de 8.00 (RI 7,00; 9,00) con 60 observaciones y en la última visita fue de 1.50 (RI 0,00; 4,00) con 44 observaciones. En el caso del NRS sueño, la mediana basal fue de 7.00 (RI 5,00; 8,25) con 60 observaciones y en la última visita de 0.00 (RI 0,00; 2,00) con 44 observaciones. Los efectos secundarios fueron leves, siendo la conjuntivitis el más frecuente (4,5%).

Discusión y conclusión

Nuestros resultados concuerdan con los ensayos clínicos y series en vida real, mostrando una mejoría del EASI, prurito y sueño, variables clave por su impacto en la calidad de vida. Por tanto, nuestra experiencia demuestra que la magnitud y rapidez de la respuesta, junto con su favorable perfil de seguridad, consolidan el dupilumab como un tratamiento eficaz y seguro en DA grave en población pediátrica.

Palabras clave:

Dupilumab, dermatitis atópica, pediatría

Patrocinador Oro



Resúmenes Comunicaciones Orales 2





Pioderma gangrenoso postquirúrgico en cirugía de mama: Serie de casos en un hospital terciario

Patricia Andrés Ibarrola(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Unay Yilmaz Bescos(2), Leire Aparicio Elizalde(2), Irati Irizar Aguirre(1), Begoña Udondo González del Tánago(1), Nerea Agesta Sánchez(1), Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte(1), Joseba Ugedo Alzaga(1) del (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces y (2)Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Cruces

Introducción

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica poco frecuente. Su fisiopatología es desconocida, asociándose en ocasiones a enfermedades autoinmunes y neoplasias subyacentes. Su presentación post quirúrgica es inusual, siendo la cirugía de mama la más frecuente (25%).

Métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de PG tras cirugía de mama diagnosticados en el Hospital Universitario Cruces en el periodo de 2017-2025 (n=5). Se recogen y analizan las características demográficas, patologías asociadas, manifestaciones clínicas, método diagnóstico, manejo terapéutico y posterior evolución.

Resultados

Se describen cinco casos de pacientes afectas de PG tras cirugía de mama, con una edad media de 47 años. Se trataban en su mayoría de pacientes sometidas a cirugía reconstructiva (simetrización y/o reducción mamaria) (3/5 pacientes). Las intervenciones fueron bilaterales en el 60%, y de estas desarrollaron PG en ambas mamas el 66%. Del total de las pacientes en el 80% hubo compromiso del complejo areola-pezones, aunque el pezón se respetó en el 60% de los casos. La clínica comenzó a los 12 días de media, mediante dehiscencias y úlceras periareolares. El diagnóstico se confirmó principalmente por biopsia, con una demora de 24 días de media tras el debut. En cuanto al tratamiento, se utilizaron corticoesteroides de base, asociando ciclosporina cuando no existían antecedentes de neoplasia de mama, así como curas locales con corticoide tópico y, en un 80%, terapia de presión negativa.

Discusión

El PG post cirugía de mama se produce como consecuencia del fenómeno de patergia característico de esta dermatosis neutrofílica. La presentación clínica típica incluye la afectación bilateral y ausencia de compromiso del complejo areola-pezones, aunque en nuestra serie se objetiva esta afectación en el 80% de los casos. El papel de la cirugía en su tratamiento resulta controvertido, estando generalmente desaconsejada. No obstante, se podría realizar en caso necesario, tras la remisión clínica y asociando tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones

El PG post quirúrgico es una dermatosis muy poco frecuente y rápidamente progresiva. Se requiere de un alto nivel de sospecha y de un abordaje multidisciplinar para su diagnóstico precoz y abordaje terapéutico óptimo.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Telangiectasias cutáneas como primer signo de recidiva de un tumor neuroendocrino

Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone Lopez Martinez(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Amaia Saenz Aguirre(1), Amaia Urtaran Ibarzabal(1), Irene García Río(1), Itziar Arrue Michelena(1), Izaskun Trebol Urra(1), Antonio Manuel Cordovilla Moreno(2) y Ricardo Gonzalez Perez(1) el (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Araba y (2)Servicio de Anatomía Patológica Hospital Universitario Araba

Introducción

El síndrome carcinoide se produce por la secreción de aminas vasoactivas por tumores neuroendocrinos (TNE), habitualmente en presencia de metástasis hepáticas. Las manifestaciones cutáneas pueden ser un signo de actividad tumoral. Presentamos un caso de recidiva de TNE yeyunal diagnosticada a partir de telangiectasias cutáneas progresivas tras una prolongada pérdida de seguimiento.

Material y método

Revisión descriptiva de la historia clínica de Dermatología y Oncología Médica, incluyendo datos clínicos, histológicos, analíticos y radiológicos, así como la evolución tras reinicio de tratamiento.

Resultados

Varón de 45 años que consultó por telangiectasias generalizadas progresivas, inicialmente tratadas como rosácea con láser sin mejoría. La biopsia cutánea mostró ectasias vasculares superficiales. Como antecedente presentaba TNE yeyunal G1 estadio IV diagnosticado en 2005, tratado con resección quirúrgica y octreótido hasta 2011, con posterior pérdida de seguimiento durante 14 años. La reevaluación dirigida reveló flushing y diarrea crónica. Analíticamente destacaron elevación marcada de serotonina y 5-HIAA urinario, y cromogranina A de 13.200. El TAC mostró múltiples metástasis hepáticas difusas y el Octreoscan confirmó captación intensa compatible con expresión de receptores de somatostatina. Se inició lanreótido 120 mg/28 días, con mejoría clínica y descenso significativo de marcadores.

Discusión y conclusiones

Las telangiectasias pueden ser manifestación de síndrome carcinoide activo y simular dermatosis benignas, retrasando el diagnóstico. Incluso en TNE de bajo grado, la progresión puede aparecer tras largos periodos sin control. Este caso resalta la necesidad de seguimiento prolongado en TNE metastásicos y la importancia de considerar la enfermedad sistémica ante hallazgos cutáneos atípicos en pacientes con antecedentes oncológicos.



Las funciones del párpado como enfoque primario en cirugía reconstructiva oncológica palpebral a través de una serie de casos

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro(1), Verónica De Diego Pericas(1), Beatriz Aldea Manrique(1), Pedro Gil Pallarés(1), Jorge Aróstegui Aguilar(1), Ana Palma Ruiz(1), Alba Navarro Bielsa(1), Elena Bularca Neagoe(1), Patricia García Morrás(1), Eva Fernández Vilaríño(1) y Laura Tabuenca del Barrio(2) del (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Pedro de Logroño y (2)Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario San Pedro de Logroño

Introducción

Los párpados desempeñan un papel esencial en la protección ocular, el mantenimiento de la superficie ocular y la expresión estética de la mirada. Su correcta funcionalidad depende de una compleja interacción anatómica y fisiológica que incluye la producción, distribución, retención y drenaje de la lágrima, así como de la integridad de las estructuras musculares y glandulares palpebrales. En el contexto de la cirugía oncológica y reconstructiva palpebral, una valoración incompleta de estos aspectos puede condicionar complicaciones funcionales relevantes.

Método

Se presenta una revisión descriptiva de la anatomía funcional del párpado superior e inferior, combinada con una serie de casos clínicos procedentes de la práctica asistencial diaria en un hospital terciario, fruto de la colaboración entre los servicios de Dermatología y Oftalmología. Se analizan aspectos relacionados con la protección ocular, la dinámica lagrimal y la estética palpebral. Se revisan el papel del músculo orbicular en el bombeo lagrimal y los mecanismos de drenaje. Asimismo, se abordan cuestiones específicas del párpado superior (músculo elevador, músculo de Müller, glándula lagrimal, surco palpebral y lagoftalmos) y del párpado inferior (músculos retractores, ectropion, entropion, triquiasis y vectores ojo-mejilla).

Resultados

La identificación precoz de alteraciones funcionales palpebrales relevantes, como ptosis, laxitud palpebral, malposiciones del borde libre o desequilibrios de vectores, deben condicionar la planificación quirúrgica. La correlación anatómo-funcional facilita anticipar complicaciones como exposición corneal, epífora, ojo seco o malposición palpebral postoperatoria.

Conclusiones

La evaluación exhaustiva de la funcionalidad palpebral, apoyada en la experiencia clínica multidisciplinar, es fundamental antes de cualquier cirugía oncológica y reconstructiva de los párpados.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Experiencia en vida real con cemiplimab en carcinoma escamoso cutáneo localmente avanzado y metastásico: Serie de 15 casos

Zita Álvarez Bobillo(1), Adrián Diago Irache(1), Marcial Álvarez Salafranca(1), Andrés Ederra Galé(1), Juan José García Alfonso(1), Marco Cilleruelo Foz(1), Clara Ruiz Ullate(1) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Introducción

El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) avanzado constituye una entidad con una alta agresividad y morbilidad. El desarrollo de nuevos fármacos sistémicos para hacer frente a este tipo de tumores ha cambiado el pronóstico y la evolución de estos pacientes. El Cemiplimab, un anticuerpo monoclonal anti-PD1, es el primer agente sistémico aprobado para el CEC localmente avanzado o metastásico por la FDA y la EMA, y así lo reflejan las guías clínicas actuales.

Material y métodos

Presentamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de 15 casos tratados con Cemiplimab en el Hospital Universitario Miguel Servet, recogidos desde 2020 hasta la actualidad (2026).

Resultados y discusión

Se incluyeron un total de 15 pacientes (12 varones y 3 mujeres), con una edad media de $81,5 \pm 5,1$. Un 26,7% de los pacientes presentaba estado de inmunosupresión. La localización más frecuente del tumor primario fue el cuero cabelludo (66,7%). Un 73,3% de los casos presentaban un estadio T2b o superior según la clasificación BWH y un 93,3% presentaban un estadio T3 o superior según la clasificación AJCC. Los CEC metastásicos constituyeron un 80% de los casos frente a un 20% de los CEC localmente avanzados. La duración media del tratamiento con Cemiplimab fue de 7,3 meses. Se observó respuesta en un 61,5% de los casos con un tiempo medio hasta respuesta de 5,4 meses. Un 46,1% de los pacientes experimentaron respuesta completa y un 15,4% respuesta parcial. Un 46,7% de los pacientes presentaron efectos adversos secundarios al tratamiento con Cemiplimab, siendo la astenia el más frecuente (57,1%). La supervivencia global a los 12 meses fue del 60.5% con una mediana de 15 meses. Sin embargo, al analizar la supervivencia específica por el tumor, la tasa asciende al 69.1%.

Conclusión

El CEC localmente avanzado o metastásico supone una entidad de incidencia creciente y elevada mortalidad. El Cemiplimab ha cambiado el paradigma terapéutico de este tumor, transformando una enfermedad que previamente carecía de opciones sistémicas eficaces en una entidad tratable con respuestas duraderas y mejora significativa en la supervivencia, como respaldan los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Palabras clave

Carcinoma escamoso cutáneo, metástasis, inmunoterapia, Cemiplimab



Colgajo digitiforme de punta nasal como alternativa en un solo tiempo quirúrgico al colgajo frontal paramediano en defectos alares de espesor total

Elisa María Gómez González(1), Javier Antoñanzas Pérez(2), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Corral Alejandra Garrido Baez(1), Isabel Jorqués Belda(1), Osian Lorenzo Martín(1), Rafael Salido Vallejo(1) y Pedro Redondo Bellón(2) del (1)Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona y (2)Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, Madrid

Introducción

Los defectos del ala nasal de espesor total constituyen un reto reconstructivo por la necesidad de restaurar el contorno y surco alar, y la función respiratoria. Las técnicas de referencia suelen requerir varios tiempos quirúrgicos y con frecuencia soporte cartilaginoso. Describimos el colgajo digitiforme de punta nasal como alternativa en un solo tiempo quirúrgico.

Material y métodos

Presentamos una serie de 6 pacientes intervenidos mediante cirugía micrográfica de Mohs por epitelomas en ala nasal, resultando 4 defectos de espesor parcial y 2 defectos de espesor total.

Resultados

El colgajo se diseñó en dorso-punta nasal, ajustando anchura, longitud y ángulo de transposición según tamaño y localización del defecto. El colgajo se elevó en plano supraperióstico y pericondral hasta el área domal, incluyendo el sistema musculoaponeurótico superficial, y se rotó hacia el defecto alar, permitiendo la reconstrucción de surco y borde alar. El cierre del defecto residual y del área donante se realizó con colgajos secundarios de avance, rotación o transposición desde surco nasogeniano y mejilla.

Discusión

Frente al colgajo frontal paramediano y al colgajo nasolabial plegado, esta técnica evita pedículos interpolados y procedimientos diferidos, reduciendo el número de cirugías y la complejidad técnica. Puede realizarse bajo anestesia local, aspecto de interés en pacientes añosos o con comorbilidades. Asimismo, al emplear tejido nasal adyacente, proporciona adecuada concordancia de color y textura y favorece la restauración del relieve y surco alar. En casos seleccionados de espesor total, se puede evitar el uso de injerto cartilaginoso.

Conclusión

El colgajo digitiforme de punta nasal constituye una alternativa reconstructiva útil, reproducible y en una sola etapa para defectos alares seleccionados, incluyendo casos de espesor total, con resultados estéticos y funcionales aceptables.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Modificación del colgajo de avance en semiluna para la reconstrucción de defectos de la cara lateral nasal que involucran toda la subunidad anatómica

Osián Lorenzo Martín(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques Belda(1), Rafael Salido Vallejo(1) y Javier Antoñanzas Pérez(1) del (1)Dermatología, Clínica Universidad de Navarra

Introducción

La reconstrucción de defectos en la cara lateral nasal supone un reto por su complejidad anatómica y relevancia estética. El colgajo de avance en semiluna es eficaz en defectos pequeños, mientras que defectos mayores pueden requerir una combinación de plastias o un colgajo panfacial. Presentamos una modificación del colgajo de avance en semiluna, que sitúa la descarga en el surco nasogeniano, como alternativa al colgajo de Mustardé.

Material y métodos

Se presentan tres defectos pequeños reconstruidos con colgajo de avance en semiluna convencional, dos medianos tratados mediante una combinación de colgajos de avance y transposición, y uno de toda la subunidad anatómica tratado con una plastia modificada de avance en semiluna que sitúa la descarga en el surco nasolabial. Se describen técnica quirúrgica, patrón de descarga y seguimiento clínico. Los resultados se compararon con el colgajo de avance de la mejilla o Mustardé.

Resultados

En el defecto de mayores dimensiones, el colgajo de avance en semiluna modificado cubrió completamente el defecto preservando el surco nasofacial y obteniendo resultados estéticos satisfactorios en comparación con el colgajo de Mustardé, que en la literatura presenta con frecuencia efecto «trap-door».

Discusión y conclusiones

El colgajo clásico de avance en semiluna con descarga perinasal es probablemente la mejor opción en defectos pequeños y medianos de la cara lateral nasal. En defectos grandes que involucren toda la subunidad, el colgajo de avance en semiluna modificado permite mayor avance, sin grandes despegamientos y se postula como una alternativa más sencilla, con mejores resultados estéticos y menor riesgo de necrosis distal, hematoma o ectropión. Por lo tanto, consideramos que es una técnica que ha de ser valorada en la reconstrucción de defectos grandes que ocupen toda la cara lateral nasal.



La piel habló cuando el cuerpo calló: Eritema necrolítico migratorio como clave diagnóstica de un glucagonoma

Iñigo Sánchez Benítez(1), Iker narvaez Gonzalo(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandon(1), Irene Arevalo Ortega(1), Ane Iobato izaguirre(1), Ana Sánchez Díez(1) y Rosa Izu Belloso(1) del (1)Hospital Universitario de Basurto

Introducción

Las manifestaciones cutáneas paraneoplásicas pueden preceder en meses o años al diagnóstico tumoral, por lo que su reconocimiento ofrece una oportunidad de diagnóstico precoz. El eritema necrolítico migratorio es una de ellas; sin embargo, su infrecuencia y su presentación clínica variable dificultan su reconocimiento y no es exclusivo del glucagonoma.

Material y métodos

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados

Se describe el caso de un varón de 34 años, con antecedente de dermatitis atópica en la infancia, remitido desde un centro dermatológico privado por lesiones cutáneas de seis años de evolución. Presentaba placas eritematosas y erosivas con descamación laminar, de predominio acral en extremidades inferiores, con afectación sutil perineal y genital. Negaba clínica sistémica y mantenía peso estable. Había recibido tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos y ciclosporina, con respuesta mínima. Una biopsia cutánea previa fue inespecífica y la analítica sanguínea mostró únicamente una elevación sutil de transaminasas. Ante la morfología, distribución y refractariedad de las lesiones, se sospechó eritema necrolítico migratorio. El diagnóstico de glucagonoma se confirmó mediante niveles séricos de glucagón superiores a 1000 pg/ml y pruebas de imagen, sin evidencia de enfermedad metastásica. Tras tratamiento con análogos de somatostatina y posterior resección quirúrgica, se observó resolución completa de las lesiones cutáneas. El paciente permanece libre de enfermedad en el seguimiento actual.

Conclusión / Discusión

Este caso subraya la importancia de reconsiderar el diagnóstico ante dermatosis persistentes que no responden a tratamientos adecuados. El reconocimiento de manifestaciones cutáneas paraneoplásicas es clave en la práctica dermatológica, ya que puede permitir un diagnóstico precoz y potencialmente salvador. Aunque en este caso existió un retraso diagnóstico prolongado, la enfermedad se mantuvo localizada, lo que permitió un tratamiento curativo.

Palabras clave

Glucagonoma, Eritema Necrolítico Migratorio, Manifestaciones paraneoplásicas



Manejo terapéutico de las úlceras por calcifilaxis

Bárbara Lada Colunga(1), Iñigo Sánchez Benítez(1), Leopoldo Domper Fernández(1), Iker Narvaez Gonzalo(1), Ana Sánchez Díez(1), Ena María Fernández Lomana(2) y Rosa Izu Belloso(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Basurto

Introducción

La calcifilaxis es una vasculopatía oclusiva infrecuente y potencialmente mortal, caracterizada por la calcificación y trombosis de arteriolas dérmicas e hipodérmicas que conduce a necrosis cutánea dolorosa. Aunque se asocia principalmente a enfermedad renal terminal, también puede presentarse en pacientes sin insuficiencia renal avanzada.

Material y métodos

Presentación de una serie de casos clínicos y revisión de la literatura.

Resultados

Se incluyeron cinco pacientes con calcifilaxis (edad media 76,4 años). Ninguno de ellos se encontraba en diálisis. Como comorbilidades destacaron ERC no terminal, alteraciones en el metabolismo fosfo-cálcico, antagonistas de vitamina K y artritis reumatoide.

El 80% tuvo una evolución favorable tras el inicio del tiosulfato sódico intravenoso (TSS). Se reportaron efectos adversos en dos pacientes.

Discusión y conclusiones

Los tratamientos para la calcifilaxis son limitados y sin mucha evidencia científica que los respalde. El TSS intravenoso es el tratamiento sistémico más empleado, gracias a su efecto quelante del calcio y vasodilatador.

Presentamos cinco pacientes con calcifilaxis tratados con TSS intravenoso (25 g, 3 días/semana). Todos recibieron manejo multidisciplinar y optimización de factores de riesgo. Observamos mejoría precoz del dolor y progresiva cicatrización de las lesiones en la mayoría de los casos.

Nuestros resultados apoyan su papel como pilar terapéutico dentro del abordaje multidisciplinar de la calcifilaxis, aunque son necesarios estudios prospectivos que confirmen su eficacia y definan su duración óptima.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Disestesia solar ¿estamos ante una nueva entidad?

Irati Irizar Aguirre(1), Manuel Pascual Ares(1,2), Jesús Gardeazabal García (2), José María Villa González(1), Alberto García García(1), María Calderón Calvo(1), Juan Antonio Ratón Nieto(1) y Elvira Acebo Mariñas(1) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces (Barakaldo, Bizkaia) y (2)Consulta privada Dr. Gardeazabal (Bilbao, Bizkaia)

Introducción

En las consultas de fotodermatología se atiende ocasionalmente a pacientes que, tras la exposición a radiación solar, refieren dolor cutáneo y sensación de quemazón e hiperalgesia; todo ello, en ausencia de lesiones dermatológicas objetivables. Estos síntomas no muestran mejoría con el empleo de fotoprotectores y pueden repercutir de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Las pruebas complementarias, incluyendo estudios analíticos y fotobiológicos, no evidencian alteraciones, lo que convierte estos casos en un reto tanto diagnóstico como terapéutico. Recientemente se ha comunicado una serie de 10 pacientes con esta clínica, proponiéndose el término “disestesia solar” o “solar pain” para englobar este cuadro. En este contexto, presentamos nuestra experiencia con cuatro pacientes que manifestaron esta entidad clínica.

Material y métodos

Se presentan las historias clínicas, los hallazgos analíticos y fotobiológicos de 4 pacientes con síntomas compatibles con disestesia solar; asimismo, las intervenciones terapéuticas empleadas, su evolución y se realiza una revisión sobre esta entidad emergente.

Resultados

En una de las pacientes se realizó un estudio fotobiológico mediante exposición a fuentes lumínicas para determinar la dosis eritematogénica mínima, objetivándose la aparición de dolor en el área cutánea expuesta a radiación UVA, sin evidencia de lesiones clínicas visibles. Los cuatro pacientes iniciaron tratamiento con gabapentina, observándose una mejoría clínica significativa, así como un impacto positivo en su calidad de vida.

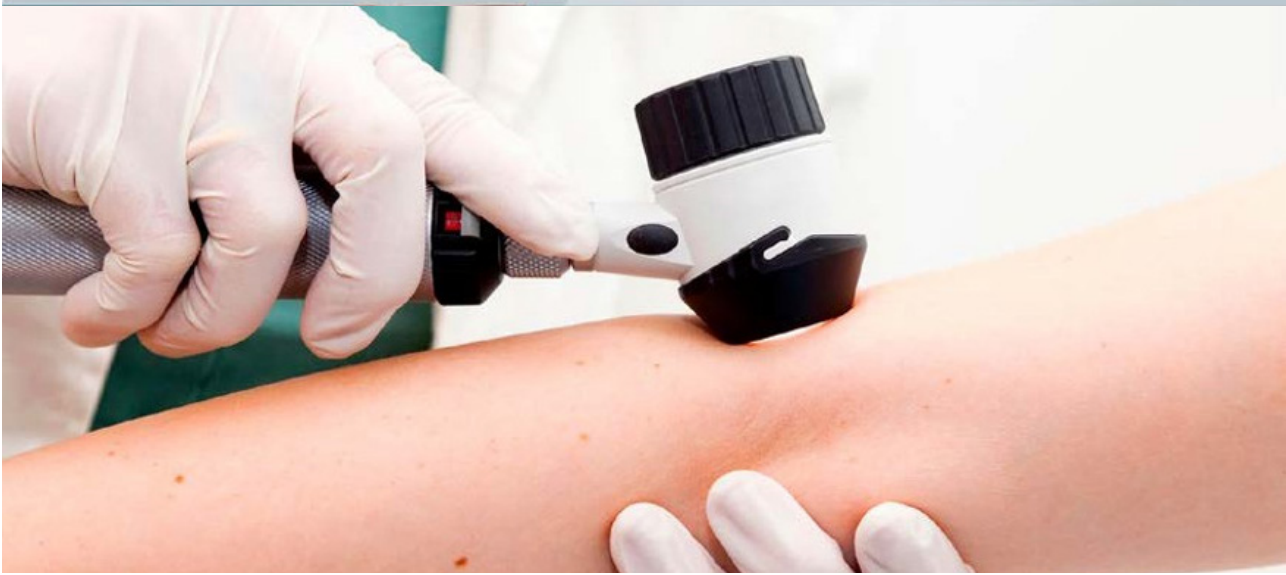
Conclusiones

Estos cuatro casos ilustran pacientes que desarrollaron dolor, en ausencia de lesiones dermatológicas; esto refuerza la relevancia clínica de la disestesia solar como entidad emergente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las fotodermatosis.

Patrocinador Oro

REGENERON[®]

Resúmenes Comunicaciones Orales 3





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Nuestra experiencia en el tratamiento de formas graves y complejas de psoriasis con bimekizumab

Andrea Berrueta Navascués(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Mathilde Christine Ramírez Cassagne(1), Sofía Goula Fernández(1), Sonia Heras González(1), Vanesa Fatsini Blanch(1), Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(1) y Ricardo González Pérez(1) del (1)Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava)-España

Introducción

Las formas de psoriasis eritrodermica, pustulosa o refractaria a múltiples tratamientos constituyen presentaciones graves de esta enfermedad. Actualmente, la terapia biológica juega un papel fundamental en el manejo de estos pacientes. Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe simultáneamente IL-17A e IL-17F y ha demostrado elevada eficacia en estas formas de psoriasis.

Material y métodos

Se describen los casos de cuatro pacientes tratados con bimekizumab en nuestro hospital. En primer lugar, se incluye un caso de eritrodermia psoriásica que precisó ingreso hospitalario. El segundo paciente presentaba una psoriasis vulgar extensa de difícil manejo, debido a la presencia de comorbilidades subyacentes. Además, se analizan dos casos en pacientes jóvenes: el primero corresponde a una psoriasis pustulosa anular generalizada de inicio en la infancia, y el segundo a una patología de larga evolución con pérdida de respuesta secundaria a fármacos anti-TNF tras el periodo gestacional. El estudio evaluó la eficacia del fármaco mediante parámetros clínicos (PASI, BSA), la evolución del cuadro y la tolerancia al tratamiento.

Resultados

Todos los pacientes presentaban afectación extensa (con PASIs que oscilaban entre 17 y 45,6) y significativa repercusión clínica. Tras el inicio de bimekizumab, se observó una mejoría rápida y notable, con descenso progresivo del PASI y aclaramiento casi completo de las lesiones en semanas-meses. En el caso del paciente con eritrodermia, se consiguió el alta hospitalaria dada la buena respuesta al tratamiento. En todos ellos se logró la estabilización sistémica, permitiendo un control mantenido. La tolerancia fue buena en todos los pacientes, sin efectos adversos ni alteraciones analíticas significativas.

Discusión y conclusiones

Nuestra experiencia refuerza el papel de bimekizumab como una terapia eficaz y segura en formas complejas de psoriasis, especialmente en pacientes con limitaciones para realizar otros tratamientos sistémicos.



Enfermedad de dowling-degos tipo 4 (enfermedad galli-galli) con mutación pognlut1: Hallazgos clinicopatológicos e inmunohistoquímicos

José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Javier Soro Miranda(1), José Asensio Gómez(1), Diego Larrosa Martínez(2), Mar García García(2), Sonia de la Fuente Meira(1), Lucía Prieto Torres(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

La enfermedad de Galli-Galli (EGG) es una genodermatosis autosómica dominante poco frecuente, considerada actualmente una variante acantolítica de la enfermedad de Dowling-Degos (EDD). Se caracteriza clínicamente por lesiones pigmentadas reticuladas o papulares y, desde el punto de vista histológico, por la presencia de acantósis suprabasal focal.

Material y métodos

Caso Clínico

Resultados

Un varón de 55 años con brotes recurrentes de pápulas eritemato-descamativas pruriginosas en tronco, inicialmente sugestivas de pitiriasis versicolor, asociadas a pápulas hiperqueratósicas pigmentadas en región cervical. El paciente refería antecedentes familiares similares en padre y hermana, y diagnóstico previo de enfermedad de Grover en su progenitor. El estudio histopatológico mostró acantosis con elongación de crestas interpapilares y acantósis suprabasal sin disqueratosis en una de las muestras, mientras que otra evidenció léntigo simple con acantósis focal inconsistente. La inmunohistoquímica reveló expresión de queratina 5 en todas las capas epidérmicas. La secuenciación del exoma identificó una variante heterocigota en el gen POGLUT1, confirmando el diagnóstico de EGG o EDD tipo 4.

Discusión y conclusiones

Este caso ilustra la complejidad del diagnóstico diferencial con la enfermedad de Grover y otras dermatosis acantolíticas, especialmente cuando la acantósis es focal o inconstante. Asimismo, pone de relieve la utilidad del estudio inmunohistoquímico y genético en casos con sospecha de genodermatosis. El manejo terapéutico continúa siendo un reto, aunque los retinoides sistémicos han mostrado resultados prometedores en formas sintomáticas.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Reacciones paradójicas asociadas a alopecia en pacientes con tratamiento biológico para psoriasis:

Una serie de casos

Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Victoria Lezcano Biosca(1), Andrea Montes Torres(1), Ana Morales Moya(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

Las reacciones paradójicas asociadas a terapias biológicas en psoriasis son infrecuentes, siendo los inhibidores del TNF los más implicados. La alopecia paradójica constituye una manifestación rara y escasamente caracterizada. El objetivo es describir los patrones de alopecia asociada a los patrones clínicos cutáneos en las reacciones paradójicas según la diana terapéutica.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con psoriasis en tratamiento con terapia biológica que presentaron una reacción paradójica asociada a alopecia entre 2022-2025. Se realizó extracción de datos demográficos, clínicos, comorbilidades y terapéuticos de la historia clínica electrónica. En pacientes con reacciones secuenciales, cada episodio se analizó como un evento independiente.

Resultados

Se identificaron un total de ocho episodios de alopecia paradójica en seis pacientes con psoriasis, todas mujeres, con una edad media de 55,5 años (rango: 45–64). Cuatro episodios se asociaron a inhibidores de TNF; caracterizándose por fenotipos psoriasiformes inflamatorios, con una latencia media de 19,5 semanas. Otros cuatro episodios se mostraron relacionados a inhibidores de IL-17, con patrón mayoritariamente eczematoso. Dos pacientes presentaron reacciones paradójicas secuenciales con cambio fenotípico tras modificación de la clase biológica. Todas requirieron de la suspensión del fármaco implicado, logrando una repoblación capilar completa en la mayoría tras el cambio terapéutico.

Conclusiones

La alopecia paradójica asociada a biológicos es más frecuente en mujeres de mediana edad con comorbilidades inflamatorias asociadas. Suele ser reversible tras la retirada del agente desencadenante, por lo que su reconocimiento precoz resulta clave para optimizar el manejo y prevenir secuelas permanentes.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Enfermedad inflamatoria pélvica por *haemophilus influenzae*, ¿una infección de transmisión sexual?

María Calderón Calvo(1), Olatz Lasa Elgezua(1), Santiago Díez Lázaro(2), Marta Fernández-Miranda López(1), Marta Mendieta Eckert(1), Izaskun Ocerin Guerra(1), Irati Allende Markixana(1), José Luis Díaz Ramón(1) y Belén Navajas Pinedo(1) del (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia) y (2)Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia)

Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico causado por la infección del tracto genital superior femenino. Su mecanismo de infección más frecuente es la transmisión sexual, siendo *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis* los causantes más habituales, pero existen casos de EIP por bacterias de la microbiota vaginal y por patógenos digestivos y respiratorios, cuya vía de transmisión puede no ser sexual. El *Haemophilus influenzae* es una de esas bacterias menos comunes y, aunque su relación con la uretritis masculina está bien documentada, existe poca literatura respecto a su papel en la EIP.

Casos clínicos

Se presentan dos pacientes derivadas a la consulta de infecciones de transmisión sexual (ITS) de Dermatología tras un ingreso en Ginecología por EIP.

La primera paciente es una mujer de 31 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal bajo de 72 horas de evolución con fiebre de hasta 39,5°C. Destaca el dolor a la palpación abdominal y a la movilización uterina y cervical y la marcada elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se ingresa en Ginecología con diagnóstico de EIP grave y con tratamiento antibiótico intravenoso empírico.

La segunda es una mujer de 32 años que consulta por dolor abdominal bajo irradiado a zona lumbar de menos de 24 horas asociado a febrícula. Dada la presentación clínica sugestiva de EIP, es ingresada en Ginecología.

En ambas pacientes se toman muestras vaginales y endocervicales en Urgencias, aislándose en el cultivo de estas últimas *H. influenzae*.

Discusión

Presentamos dos casos de EIP por *H. influenzae* cuyo mecanismo de transmisión es controvertido, pudiendo no ser de origen sexual. Muestran la importancia de realizar siempre una valoración clínica cuidadosa en la consulta de ITS, sin juicios y sin asumir origen exclusivamente sexual, dado el potencial impacto que tiene el diagnóstico erróneo de una ITS sobre la afectividad y sexualidad los pacientes.



Cuando la plasmocitosis no es plasmocitosis: Acrodermatitis crónica atrófica como manifestación tardía de la enfermedad de Lyme

Marina López de Dicastillo Cía(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez, Olatz Aristu Mañu(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) del (1)Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

Introducción

La acrodermatitis crónica atrófica (ACA) es una manifestación cutánea tardía de la infección por *Borrelia burgdorferi*, que puede aparecer años después de la picadura de garrapata. Clásicamente presenta una fase inflamatoria inicial, caracterizada por placas eritemato-violáceas e infiltradas, y una fase tardía atrófica, con adelgazamiento cutáneo y pérdida de anejos. Su variabilidad clínica puede dificultar el diagnóstico, especialmente en fases precoces, en las que puede simular otras dermatosis inflamatorias o infiltrativas.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 59 años que consultó por lesiones cutáneas asintomáticas en la extremidad inferior derecha, de dos años de evolución.

Resultados

En la exploración se observaron placas extensas eritemato-parduzcas, no descamativas, en muslo y pierna derecha. La biopsia mostró una dermatitis perivascular superficial y profunda con infiltrado linfoplasmocitario, asociada a discreta paniculitis septo-lobulillar sin vasculitis. Se consideró inicialmente el diagnóstico de plasmocitosis cutánea. Para descartar patología vascular, se realizó un Eco-Doppler, que no evidenció alteraciones. Dada la localización distal de las lesiones y el predominio plasmocitario, se amplió el estudio etiológico. La analítica incluyó autoanticuerpos (ANA), complemento, inmunoglobulinas y serologías. La serología frente a *Borrelia burgdorferi* fue positiva, confirmándose el diagnóstico de ACA en fase inflamatoria. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 4 semanas, con estabilización clínica de las lesiones.

Discusión y conclusiones

La ACA debe incluirse en el diagnóstico diferencial de infiltrados cutáneos con predominio de células plasmáticas, especialmente en lesiones acrales o de extremidades inferiores. La correlación clínico-patológica y la sospecha diagnóstica son esenciales para instaurar tratamiento antibiótico precoz y prevenir la progresión a fases atróficas irreversibles.



Nódulos asépticos y alopécicos del cuero cabelludo: 2 casos

Clara María Ruiz Ullate(1), Tamara Gracia Cazaña(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Andrés Ederra Galé(1), Juan José García Alfonso(1), Marco Cilleruelo Fouz(1) y Yolanda Gilaberte Calzada(1) del (1)Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Introducción

Los nódulos asépticos y alopécicos del cuero cabelludo (NAACC) son una patología infradiagnosticada, que afecta principalmente a adultos jóvenes varones. Se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos firmes o fluctuantes, con contenido estéril, localizados en áreas de alopecia y rodeados de piel de aspecto normal. La caída del pelo ocurre de forma temprana, coincidiendo con la formación del nódulo y no produce alopecia cicatricial.

Casos

Caso 1: varón de 23 años con dos placas alopécicas en región temporoparietal en las que se palpaban nódulos blandos cupuliformes. El cultivo fue negativo y la biopsia mostró en dermis profunda un infiltrado inflamatorio de linfocitos, células plasmáticas policlonales y escasos neutrófilos, sin destrucción de estructuras anexiales y con tejido cutáneo superficial conservado. Las tinciones específicas PAS, Grocott y Giemsa fueron negativas. Recibió tratamiento tópico con corticoides, drenaje quirúrgico y antibioterapia con Clindamicina 300mg y posteriormente Doxiciclina 100mg/12h, con mejoría y repoblación de las placas, aunque presentó recidivas a lo largo de su tratamiento.

Caso 2: varón de 43 años que presentó dos nódulos alopécicos blandos con supuración amarillenta en región occipitoparietal bilateral. El cultivo fue negativo y la biopsia mostró en la dermis profunda una lesión inflamatoria constituida por granulomas con células gigantocelulares y tejido de granulación con abscesificación en dermis profunda. Recibió tratamiento con Doxiciclina 100mg/24h y posteriormente Clindamicina 300mg/12 asociado a Rifampicina 300mg/12h, así como tratamiento tópico con Clindamicina y Ácido Fusídico. Presentó una buena respuesta sostenida, logrando la repoblación completa del cuero cabelludo.

Conclusión

La evolución de los NAACC es generalmente favorable, con resolución espontánea o tras punciones o tratamiento tópico u oral, aunque con posibles recurrencias, como en los casos presentados. Su etiología es aún desconocida. Se cree que podrían originarse como una foliculitis profunda secundaria a oclusión folicular, traumatismos repetitivos o reacción a cuerpos extraños, aunque no se descarta un proceso inmunitario.



Urgencias en dermatología: Una forma diferente de aprender

Iván Vázquez Calo(1), Alba Martín Hernández(1), Iris Vicente Sánchez(1), Ines Oteiza Rius(1), Ester Moreno Artero(1), Jon Ander Yagüe Barcia(1), Victoria Morillo Montañes(1), Juan Cazallas Tarazaga(2), Idoia Irazola Díaz De Rada(2), Begoña Per-nia Arechederra(2), Juana María Rodríguez Gonzalez(3), Rafael Ibarrola Altuna(3) y Rebeca Ruiz Onandi(3) del (1)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Dermatología. (2)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Enfermedades Infecciosas y (3)Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo-Servicio de Anatomía Patológica

Introducción

La Dermatología suele ser percibida dentro de la comunidad médica como una especialidad de carácter ambulatorio encargada de tratar patologías crónicas y predecibles; dejando en segundo plano otros tipos de atención al paciente como son la hospitalización o las urgencias.

Casos

Se presentarán cuatro breves casos clínicos consistentes en urgencias o interconsultas de hospitalización urgentes que se enmarcan fuera de los habituales diagnósticos descritos en los capítulos de urgencias dermatológicas.

En conclusión, el objetivo de esta comunicación es destacar la importancia de las urgencias en la práctica clínica de nuestra especialidad mediante casos clínicos concisos y visuales, ya que la amplitud de diagnósticos diferenciales que muchas de ellas suponen es de gran relevancia en nuestro aprendizaje.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Aplicaciones terapéuticas del rituximab intralesional en patología dermatológica: Presentación de tres casos

Deiane Marcos Muñagorri(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques Belda(1), Osión Lorenzo(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) y Agustín España Alonso(1) de la (1)Clínica Universidad de Navarra

Introducción

El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 dirigido frente a linfocitos B, ampliamente utilizado en enfermedades autoinmunes y procesos linfoproliferativos. Su administración intralesional permite alcanzar concentraciones locales elevadas en lesiones cutáneas localizadas y refractarias, con menor absorción sistémica y buen perfil de seguridad. El objetivo es describir patologías dermatológicas en las que el rituximab intralesional constituye una alternativa terapéutica eficaz.

Casos clínicos

Se presentan tres pacientes tratados mediante rituximab intralesional con periodicidad mensual (concentración 10 mg/ml, 1 ml/cm³ de lesión): linfoma B cutáneo marginal en cuero cabelludo, pénfigo vegetante (PV) en ala nasal y granuloma facial (GF) en dorso y punta nasal refractarios a múltiples tratamientos.

Resultados y discusión

Todos los pacientes presentaron respuesta clínica completa y mantenida a largo plazo, siendo necesarias 2 infiltraciones en el linfoma cutáneo, 4 en el PV y 8 en el GF. No se registraron efectos adversos relevantes, salvo un descenso transitorio de linfocitos B sin repercusiones clínicas. En todos los casos se observó inicialmente una alteración del cociente kappa/lambda y reordenamiento clonal de IgH que se normalizó tras el tratamiento. En el PV y el GF, estas alteraciones se interpretaron como expansiones clonales reactivas en el contexto de un microambiente inflamatorio crónico. El rituximab intralesional permitiría alcanzar concentraciones elevadas en estos nichos autoinmunes, revirtiendo la expansión clonal de células B, inhibiendo su diferenciación plasmocitaria y rompiendo el bucle inflamatorio que contribuye a la cronicación.

Conclusiones

El rituximab intralesional constituye una alternativa terapéutica eficaz y segura en linfomas cutáneos B localizados, PV y GF refractarios, logrando respuestas clínicas sostenidas y normalización de parámetros moleculares (cociente kappa/lambda y clonalidad) que podrían funcionar como biomarcadores de respuesta terapéutica.



Experiencia clínica en lepra en malawi y propuesta de abordaje en nuestro medio

Clara Miguel Miguel (1) (14), Berta Bonaut Iriarte (1), Borja Gonzalez Rodríguez (2) (14), Luis Jiménez Briones (3) (14), Lucía Ruiz Arasanz (4) (14), María Enseñat Romeo (5) (14), Claudia Sanz González (6) (14), Verónica García Artiaga (7) (14), Gloria De La Vega Calvo Moreno (8) (14), Inês Pereira Amaral (9) (14), Pau Forte Genescà (10) (14), Cristina Esteban Sanz (11) (14), Marta Utrera Busquets (12) (14) y Gisela Hebe Petiti (13) (14) del (1) Hospital Univ. de Navarra – S. de Dermatología, (2) Hospital Univ. 12 de Octubre – S. de Dermatología, (3) Hospital General Univ. Gregorio Marañón – S. de Dermatología, (4) Centre hospitalier de Bligny– Sanatorium, (5) Hospital Nuestra Señora de Gracia, (6) Hospital Univ. Ramón y Cajal – S. de Microbiología, (7) Hospital Univ. de La Princesa – S. de Microbiología, (8) , (9) Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal - S. de Dermatología, (10) Hospital del Mar- Parc de Salut MAR – S. de Dermatología, (11) CUAP Ciutat Vella, (12) Hospital Infanta Elena de Huelva – S. de Dermatología, (13) Hospital Moisès Broggi – S. de Dermatología, (14) Dermalawi

Introducción

La lepra es una infección crónica causada por *Mycobacterium leprae*, con tropismo por la piel y los nervios periféricos. Aunque su prevalencia en España es baja, persiste como patología importada y constituye un reto diagnóstico. Nuestro objetivo es describir los casos diagnosticados y proponer un algoritmo diagnóstico-terapéutico adaptado a nuestro entorno.

Material y método

Revisión descriptiva de los casos diagnosticados durante la campaña de octubre de 2025 de Dermalawi, junto con un caso adicional de una paciente recientemente diagnosticada de lepra neural pura en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Resultados

Las manifestaciones cutáneas más frecuentes fueron máculas hipocrómicas o eritematosas con hipoestesia térmica o táctil, placas infiltradas y nódulos. Se identificaron pacientes con engrosamiento de nervios periféricos y alteraciones sensitivas, así como pacientes con secuelas neurológicas ya instauradas.

Se realizaron baciloscopias con finalidad diagnóstica y de seguimiento; algunos pacientes precisaron biopsia cutánea. Se realizó tratamiento con poliquimioterapia en todos los casos, y en los pacientes con sospecha de leprorreacción se instauró tratamiento específico precoz.

Discusión y conclusiones

La lepra continúa siendo una entidad infradiagnosticada cuya identificación temprana es fundamental para prevenir secuelas irreversibles. Es de especial interés reconocer las leprorreacciones, ya que pueden ocasionar daño neural permanente y discapacidad grave.

En este contexto, proponemos un algoritmo diagnóstico-terapéutico adaptado a nuestro medio para pacientes con sospecha clínica de lepra, con especial atención a las leprorreacciones y a la prevención de secuelas neurológicas. Asimismo, se sistematiza la realización de una exploración física completa y orientada, promoviendo la transferencia práctica de estrategias aplicadas en entornos de mayor experiencia hacia nuestra práctica habitual.



Más allá del impétigo: Acrodermatitis enteropática en el diagnóstico diferencial de lesiones ampollasas infantiles

Olatz Aristu Mañu(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López De Dicastillo Cía(1), Mónica Larrea García(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) del (1) Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. España

Introducción y objetivo

La acrodermatitis enteropática (AE) es una enfermedad infrecuente con herencia autosómica recesiva producida por alteraciones en la absorción de zinc (Zn) en el intestino delgado, condicionando un déficit del oligoelemento. Clínicamente, se manifiesta como dermatitis periorificial y acral, alopecia y diarrea en lactantes alimentados con lactancia artificial o al suspender la lactancia materna.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un lactante con AE y revisar el diagnóstico diferencial y el manejo terapéutico de la enfermedad.

Caso clínico

Lactante varón de 2 meses con antecedentes de prematuridad y madre con enfermedad de Darier, que consultó por presentar lesiones vesiculoampollosas de base eritematosa coalescentes, localizadas en mejillas y pabellones auriculares con posterior extensión a manos y pies. Había sido tratado con antibiótico tópico y oral, sin presentar mejoría. En el diagnóstico diferencial, se incluyeron herpes simple diseminado, eccema coxsackium y enfermedades carenciales, entre otras entidades. Ante la posibilidad de etiología viral, se realizó PCR del frotis de las vesículas, que resultó negativa para enterovirus y virus herpes simple. Se solicitó analítica sanguínea incluyendo niveles séricos de Zn, confirmando un déficit de Zn de 15 µg/dL (valores normales 70-120 µg/dL). Se inició tratamiento con suplementación oral de Zn a dosis de 2 mg/Kg/día, mostrando una resolución rápida de las lesiones cutáneas en pocos días.

Conclusiones

La AE por déficit de Zn debe considerarse en lactantes con dermatosis vesiculoampollosas en zonas periorificiales y acrales que no responden a tratamiento antibiótico convencional. La prematuridad es un factor de riesgo para déficit de Zn y puede favorecer una presentación precoz. Un diagnóstico precoz y la suplementación con Zn permiten una curación clínica rápida de las lesiones y evitan pruebas diagnósticas invasivas o tratamientos innecesarios.

Patrocinador Oro

sanofi

Resúmenes Pósteres





Pénfigo eritematoso: Un reto diagnóstico

Iker Narváez Gonzalo(1), Barbara Lada Colunga(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandon(1), Mikel Meruelo Ruano(1) y Rosa Maria Izu Belloso(1) del (1)Hospital Universitario de Basurto. Servicio de Dermatología

El pénfigo eritematoso o síndrome de Senear-Usher, es una variante localizada e infrecuente del pénfigo foliáceo con características clínicas e inmunológicas superpuestas con el lupus eritematoso cutáneo, lo que dificulta su diagnóstico. Se caracteriza por lesiones eritemato-descamativas y costrosas en áreas fotoexpuestas y seboreicas, habitualmente sin afectación mucosa.

Se presenta un caso clínico de pénfigo eritematoso y se realiza una revisión de la literatura sobre su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

Mujer de 45 años que consultó por lesiones eritemato-descamativas y costrosas en frente y mejillas, sin afectación mucosa y con signo de Nikolsky positivo. La biopsia cutánea evidenció acantólisis subcórnea y la inmunofluorescencia directa (IFD) mostró depósitos intercelulares de IgG y C3. El estudio inmunológico reveló anticuerpos antinucleares (ANA) negativos, con positividad para anticuerpos anti-desmogleína 1 y negatividad para anti-desmogleína 3, hallazgos compatibles con pénfigo eritematoso. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos y metotrexato, con respuesta clínica favorable.

El pénfigo eritematoso se sitúa en un punto intermedio entre el pénfigo foliáceo y el lupus cutáneo, por lo que debe considerarse ante dermatosis faciales fotoexpuestas de curso persistente. La ausencia de afectación mucosa, los hallazgos en IFD y la positividad para anti-desmogleína 1 orientan el diagnóstico, incluso en ausencia de ANA o de depósitos en la membrana basal.

Se trata de una entidad poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica. El diagnóstico se basa en la adecuada correlación clínico-patológica e inmunológica, lo que permite un manejo terapéutico eficaz.



Más allá del vhs: Eritema multiforme mayor asociado a virus del herpes humano 7

Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalan Escortell (1), Javier Soro Miranda(1), José Asensio Gómez(1), Sonia de la Fuente Meira(1), Mar García García(2) y Mariano Ara Martín(1) del (1) Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

El eritema multiforme (EM) es una dermatosis inmunomediada, clásicamente vinculada a infecciones, principalmente al virus herpes simple (VHS) y, en menor medida, *Mycoplasma pneumoniae*¹. Sin embargo, existe un subconjunto de casos en los que, pese a un estudio etiológico amplio, no se identifica un desencadenante claro. En este contexto, otros herpesvirus humanos, como el virus herpes humano 7 (VH-7), han sido propuestos como posibles desencadenantes².

Caso clínico

Varón de 31 años que acude por fiebre elevada, odinofagia y lesiones orales dolorosas asociadas a lesiones cutáneas dianiformes acrales de 5–6 días de evolución. El paciente refería episodios previos recurrentes similares compatibles con herpes, con resultados de la PCR repetidamente negativos para VHS. A la exploración presentaba afectación mucosa oral extensa y lesiones cutáneas vesículo-ampollosas (BSA 5%). La biopsia mostró dermatitis de interfase liquenoide compatible con eritema multiforme, con inmunofluorescencia directa negativa. La PCR en mucosa oral resultó positiva para VH-7, siendo negativa para otros herpesvirus, con anticuerpos antiepitelio y serologías negativas (*Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*...), diagnosticándose finalmente de eritema multiforme mayor asociado a VH-7 que respondió favorablemente al tratamiento con corticoides sistémicos y tópicos.

Discusión

La literatura disponible sobre VH-7 y EM es limitada y se basa principalmente en casos aislados o series pequeñas, sin evidencia concluyente que permita establecer una relación causal definitiva. Sin embargo, algunos estudios han descrito la presencia de HHV-6/7 en erupciones cutáneas tipo EM o EM-like³. Con este caso reforzamos la hipótesis de que el VH-7 podría actuar como desencadenante infradiagnosticado, y consideramos relevante incluirlo en el despistaje etiológico en pacientes con EM, especialmente en aquellos con episodios recurrentes y estudios negativos para VHS.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
PAMPLONA | 17 y 18 de abril de 2026 |

PÓSTER

Espiradenoma ecrino vascular gigante: Tumor infrecuente y simulador

Jurvist Rodríguez-Blandón(1), Barbara Lada Colunga(1), Iñigo Sánchez Benítez(1), Isabel Gainza Apraiz(1), Paula Calvo Torio(2) y Rosa Izu Beloso(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Introducción

El espiradenoma ecrino es un tumor anexial benigno infrecuente. Su variante vascular gigante puede simular tumores vasculares o malignos, dificultando el diagnóstico clínico y haciendo necesario el estudio histológico.

Caso clínico

Varón de 84 años con antecedentes de cardiopatía que, durante un ingreso por insuficiencia cardiaca descompensada, es valorado por una lesión tumoral en la cara interna del brazo izquierdo de al menos 8 años de evolución, con crecimiento progresivo y asintomática. A la exploración física presentaba una lesión de aproximadamente 5 cm de diámetro máximo, destacando un componente nodular cupuliforme de 1 cm con coloración azul grisácea. Se realizó estudio ecográfico, que descartó lesión vascular. Posteriormente se practicó biopsia incisional del componente nodular, cuyo estudio histopatológico fue compatible con espiradenoma ecrino. El paciente rechazó la exéresis completa debido a sus múltiples comorbilidades.

Discusión

El espiradenoma ecrino vascular gigante puede confundirse con lesiones vasculares (hemangiomas, malformaciones vasculares, trombosis venosa) e incluso con neoplasias malignas, debido a su florida vascularización y aspecto clínico atípico. La ecografía puede ser útil para descartar lesiones vasculares verdaderas, siendo la biopsia imprescindible para el diagnóstico definitivo. El tratamiento de elección es la exéresis completa. Aunque se trata de una neoplasia benigna, se ha descrito transformación maligna a espiradenocarcinoma, especialmente en lesiones de larga evolución, habitualmente precedida por cambios clínicos bruscos como crecimiento acelerado, ulceración o sangrado.



Hidradenocarcinoma: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Nerea Infante Gonzalo(1), Deborah Ximena Ugás Burranca(2), Ingrid Hiltun Cabredo(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Natalia Valero Montalvo(1), Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Susana Vildósola Esturo(1), Iñigo Aranguren López(1), Clara Rodríguez Caruncho(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Donostia

Introducción

El hidradenocarcinoma es una neoplasia anexial ecrina maligna muy infrecuente. Suele aparecer en cabeza o cuello a los 50-70 años, siendo algo más frecuente en varones. La extirpación temprana y completa se relaciona con buen pronóstico, mientras que los tumores de alto grado tienen riesgo de recidiva y metástasis, siendo frecuente la metástasis ganglionar.

Caso clínico

Varón de 78 años entre cuyos antecedentes destacaba enfermedad de Crohn grave en tratamiento con risankizumab. Realizaba seguimiento en Dermatología por antecedente de varios carcinomas basocelulares, un carcinoma escamoso y un melanoma in situ. En consulta se observó una lesión papulosa sonrosada en hombro izquierdo, de apariencia ligeramente translúcida. Se realizaron extirpación y estudio histológico, objetivando una neoplasia anexial ecrina maligna, con necrosis central y figuras de mitosis atípicas, compatible con hidradenocarcinoma. Se observaron Ki67 superior al 80%, pleomorfismo marcado y 15 mitosis/mm². Se estudiaron HER2 (positivo) y receptores hormonales (negativos).

Tras el diagnóstico se realizaron ampliación, biopsia selectiva de ganglio centinela y estudio de extensión, sin alteraciones. Actualmente el paciente realiza seguimiento con ecografía de la zona quirúrgica y de la axila. Permanece en remisión seis meses tras el diagnóstico.

Discusión y conclusiones

Pese a que inicialmente el hidradenocarcinoma fue considerado como un tumor con mal pronóstico, existen publicaciones recientes que indican lo contrario. Es necesario dar a conocer esta entidad para lograr un diagnóstico precoz, así como el desarrollo de guías clínicas. Se recomienda seguimiento a largo plazo por el riesgo de recidiva local y/o a distancia.

Palabras clave

Tumor maligno



Colgajo de spear: Solución en un tiempo para defectos alares de espesor completo

Jorge Aróstegui Aguilar(1), Eva Victoria Fernández Vilariño(1), Patricia García Morrás(1), Verónica De Diego Pericas(1), Beatriz Aldea Manrique(1), Ana María Palma Ruiz(1), Pedro Gil Pallarés(1), Alba Navarro Bielsa(1), Elena Aura Bularca Neagoe(1) e Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro(1) del (1)Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja. Servicio de Dermatología

Introducción

La reconstrucción de defectos cutáneos nasales continúa siendo un desafío debido a la complejidad anatómica y estética de la región. El colgajo de Spear representa una alternativa versátil para la reparación de defectos de espesor total en ala, permitiendo un adecuado reemplazo tisular y mínima distorsión de las subunidades estéticas.

Material y métodos

Se presenta una serie de casos de tres pacientes con defectos cutáneos nasales secundarios a resección oncológica. En todos los casos se empleó el colgajo de Spear como técnica reconstructiva en un solo tiempo quirúrgico. Se evaluaron tamaño y localización del defecto, complicaciones, viabilidad del colgajo y resultado estético-funcional.

Resultados

Los defectos comprometían principalmente ala nasal, con tamaños variables. En los tres casos se logró cobertura completa del defecto sin necrosis ni complicaciones mayores. Se obtuvo adecuada preservación de la simetría alar y contorno nasal, con resultados estéticos satisfactorios y buena permeabilidad de la vía aérea.

Conclusión

El colgajo de Spear constituye una opción reconstructiva segura, reproducible y eficaz para defectos de espesor total en ala nasal. Nuestra experiencia en esta serie de casos respalda su utilidad como alternativa confiable en reconstrucción nasal en un solo tiempo quirúrgico.



Hiperqueratosis digitada diminuta múltiple familiar

Verónica de Diego Pericas(1), Susana Rubio Mediavilla(2), Ana María Palma Ruiz(1), Elena Aura Bularca Neagoe(1), Alba Navarro Bielsa(1), Patricia García Morrás(1), Eva Victoria Fernández Vilariño(1) e Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro(1) del (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja y (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja

Introducción

La hiperqueratosis digitada diminuta múltiple (HDDM) es un trastorno no folicular de la queratinización muy poco frecuente. Se han publicado menos de 50 casos con diferentes nombres. Su etiología es desconocida y se clasifica en tres formas: familiar (autosómica dominante), esporádica y post-inflamatoria.

Material y método

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedentes personales de síndrome SAPHO, en tratamiento con metotrexato desde hacía 4 años. Fue remitida a Dermatología por onicomicosis, pero consultó también por unas lesiones cutáneas presentes desde la infancia, levemente pruriginosas, que aparecen y desaparecen, distribuidas por tronco y raíz de extremidades.

Resultados

La exploración física mostró formaciones queratósicas filiformes de coloración blanquecina, de 1 mm de ancho y entre 1-3 mm de longitud, diseminadas por tronco, sin tendencia a confluir, y sin relación con los folículos pilosos. Se interroga sobre los antecedentes familiares, confirmando la existencia de lesiones similares en su madre y hermano.

El estudio histológico evidenció una epidermis con leve acantosis e hiperqueratosis ortoqueratósica sin otras alteraciones dermo epidérmicas salvo un escaso componente inflamatorio perivascular inespecífico.

Discusión y conclusiones

La HDDM es una condición poco frecuente, con una nomenclatura confusa en la literatura y sin criterios diagnósticos claros. Se han identificado variaciones histológicas en los casos inflamatorios, pero la imagen histológica de hiperqueratosis ortoqueratósica sobre piel acantótica es característica tanto de los casos familiares como esporádicos y por sí sola no permite diferenciarlos, siendo necesarios el examen físico y la adecuada historia clínica y familiar para su correcto diagnóstico. La mayoría de los casos descritos son esporádicos y nosotros presentamos aquí 2 casos de la misma familia.



Disqueratosis papular acantolítica con ifd positiva

Sandro de Urban Chamorro San Juan(1), Leire Mitxelena Elosegui(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Natalia Valero Montalvo(1), Nerea Infante Gonzalo(1), María Asunción Arregui(1), Aitor De Vicente Aguirre(1) y Nerea Ormaechea Pérez(1) del (1)Dermatología, Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián, España

Introducción

La disqueratosis papular acantolítica (DPA) es una entidad dermatológica benigna poco común. Aparece con mayor frecuencia en mujeres entre los 40-50 años, siendo el área anogenital la localización más frecuente. El diagnóstico requiere una correlación clínica e histopatológica para distinguirlo especialmente de entidades como la enfermedad de Darier y Hailey-Hailey.

Caso clínico

Varón de 25 años que refería la aparición hace 1 año de pápulas hiperqueratósicas blanquecinas y erosionadas asintomáticas recidivantes en glande y surco balanoprepucial. No refería aftas ni lesiones en otras zonas del tegumento o mucosas. No lo relacionaba con toma de fármacos. Negaba relaciones sexuales de riesgo. Se realizó estudio de ETS que fue negativo. No tenía antecedentes familiares de enfermedad de Darier o de Hailey-Hailey. Se realizó una biopsia donde se apreciaba acantosis epidérmica, acantolisis formando hendiduras suprabasales y disqueratosis con cuerpos redondos, con depósitos granulares intercelulares de IgG y C3 en los queratinocitos en la inmunofluorescencia directa (IFD) estableciéndose el diagnóstico de DPA. A pesar de remitir con corticoides tópicos y ácido fusídico, las lesiones siguen un curso recidivante.

Discusión

Presentamos un caso de DPA, entidad benigna inusual que clínicamente se manifiesta como múltiples pápulas hiperqueratósicas milimétricas en el área anogenital, pudiendo ser asintomáticas o causar prurito o dolor. El diagnóstico requiere correlación con la histología, en la que aparece acantolisis, disqueratosis y hendiduras suprabasales, compartiendo rasgos con la enfermedad de Darier o de Hailey-Hailey, sus principales diagnósticos diferenciales. Tratamientos descritos en otros estudios son fundamentalmente sintomáticos, incluyendo corticoides y retinoides tópicos, así como terapias físicas como cirugía o láser, con resultados generalmente poco satisfactorios. Presentamos un caso poco común de DPA que destaca por la positividad de la IFD, hallazgo descrito de forma excepcional en la literatura, dado que esta técnica suele ser negativa en esta patología.

[illegible]

Patrocinador Platino



SOLVE
ON.



PLATINO



ORO



PLATA



BRONCE

