



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

Reunión de la Sección
Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española
de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |



¡NUEVO!

SOTYKTU[®]
deucravacitinib 6 mg comprimidos

 Bristol Myers Squibb[™]



Sonrisas de alivio¹

Cambiando la cara
del tratamiento oral
en Psoriasis

1^{er} Y ÚNICO INHIBIDOR DE TYK2 APROBADO^{1,2}



**EFICAZ Y RESPUESTA
DURADERA³⁻⁵**

Superioridad vs placebo y apremilast^{3,4},
y las respuestas sPGA 0/1, PASI75 y
PASI90 se mantienen a 3 años⁵



**SEGURIDAD FAVORABLE
con buena TOLERABILIDAD³⁻⁵**

Consistente a 3 años
en los estudios de extensión POETKY
PSO-1 y PSO-2



**ORAL,
1 COMPRIMIDO AL DÍA¹**

- **SIN** escalado de dosis¹
- **SIN** ajuste de dosis¹
- **SIN** interacciones farmacológicas
clínicamente relevantes en Ficha Técnica¹

Ficha Técnica de
Sotyktu[®] también
disponible aquí



▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Si desea obtener más información, consulta la Ficha Técnica autorizada de Sotyktu[®] que se facilita.

1. Ficha técnica de Sotyktu[®]. 2. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Sotyktu[®], disponible en <https://www.aemps.gob.es//medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2024/IPT-222-sotyktu-deucravacitinib-psoriasis.pdf> (Último acceso: enero 2024). 3. Armstrong AW, et al. J Am Acad Dermatol. 2023 Jan;88(1):29-39. 4. Strober B, et al. J Am Acad Dermatol. 2023 Jan;88(1):40-51. 5. Armstrong AW, et al. Deucravacitinib in plaque psoriasis: 3-year safety and efficacy results from the phase 3 POETKY PSO-1 and PSO-2 trials. Oral presentation at: European Academy of Dermatology and Venereology; Oct 11-14, 2023; Berlin, Germany.



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

**Reunión Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología**
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA RIOJA
12 y 13 de abril de 2024

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

Programa





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE Y FECHAS

12 y 13 de abril 2024

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA RIOJA

C/ Ruavieja 67-69. 26001 Logroño

ORGANIZACIÓN

Junta Directiva SVNAR

Presidente: Íñigo Martínez de Espronceda

Vicepresidente: Juan Ignacio Yanguas Bayona

Secretaría: 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: reunionvnar@congresoaedv.org

Secretaría gestionada por Cyex Congresos S.L.

MÁS INFORMACIÓN

reunion-svnr.aedv.es

INSCRIPCIÓN

Cuotas de inscripción

Miembro AEDV.....100€

Residente en Dermatología⁽¹⁾.....50€

Académico Emérito.....0€

21% IVA incluido

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

COMUNICACIONES

Fecha límite para envío de Comunicaciones

12 de marzo de 2024

E-mail para envío de Comunicaciones

reunionvnar@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
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

VIERNES 12 DE ABRIL

PROGRAMA

10:15 - 10:30 h.

APERTURA REUNIÓN

Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro

Presidente de la SVNAR

10:30 - 11:45 h.

COMUNICACIONES ORALES 1

Moderadoras: **Eva Victoria Fernández Vilarriño**. Hospital San Pedro, Logroño; **Beatriz Aldea Manrique**. Hospital San Pedro, Logroño

10:30 h.
Pág. 10

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL Y ADALIMUMAB

Ignacio Rivera Fuertes¹, Isabel Abadías Granada¹, Pilar Sánchez Salas¹, Carmen María Bernal Mañas² y Luis Requena Caballero³, del (1)Servicio de Dermatología del Hospital de Barbastro, (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario San Jorge de Huesca y (3)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid

10:42 h.
Pág. 11

ALOPECIA GRANULOMATOSA ASOCIADA A MOGAMULIZUMAB

Román Ballesteros Redondo¹, Arantxa López Pestaña¹, María Asunción Arregui Murua¹, Gadea Braceras Rincón¹, Nerea Infante Gonzalo¹, Izaskun Zeberio Etxetxia², Mary Johana Silva Carmona³, Nerea Ormaetxea Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Hematología y (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

10:54 h.
Pág. 12

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL O GRANULOMA ANULAR DE PATRÓN INTERSTICIAL

Mary Carolina Antonetti Roso¹, Sergio García González¹, Alejandro Tomás Esteban Escudero¹, Sara Martínez Cisneros¹, José González Fernández¹, Paula Soto Revuelta¹, Karol Nicole Sabas Ortega¹, Lydia Corbalán Escortell¹, Clara Cabañuz Rocatallada², Pablo Villagrasa Boli¹, Mariano Ara Martín¹ del(1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

11:06 h.
Pág. 13

ROFLUMILAST ORAL FUERA DE INDICACIÓN EN DERMATOLOGÍA: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Amaia Barrutia Etxebarria, Aida Menéndez Parrón, Javier Gimeno Castillo, Sonia Heras Gonzalez, Izaskun Trebol Urra, Zuriñe Martinez de Lagrán Álvarez de Arcaya y Ricardo González Pérez del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba

11:18 h.
Pág. 14

TOXICIDAD CUTÁNEA INDUCIDA POR METOTREXATO A DOSIS BAJAS

Ane Carrera Gabilondo, Ana Morelló Vicente, Inés Oteiza Rius, Elisa María Gómez González, Deiane Marcos Muñagorri, Leyre Aguado Gil y Javier Antoñanzas Pérez del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra

11:30 h.
Pág. 15

COMPLEJO MANEJO TERAPÉUTICO DE UNA PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES (PIO-DERMA GANGRENOSO, COLITIS ULCEROSA, HIDRADENITIS SUPURATIVA Y CÁNCER DE MAMA)

Paula Rodríguez-Jiménez¹, Miriam Fernández-Parrado¹, Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza¹, Clara Miguel-Miguel¹, Maialen Azcona-Rodríguez¹, Juan Ignacio Yanguas-Bayona¹, Marcos Hervella-Garcés¹, Cristina Rodríguez-Gutiérrez² y José Juan Illarramendi-Mañas³ del (1)Servicio de Dermatología (2)Servicio de Aparato Digestivo y (3)Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Navarra

11:45 - 12:15 h.

PAUSA CAFÉ



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

VIERNES 12 DE ABRIL

PROGRAMA

12:30 - 14:00 h.

COMUNICACIONES ORALES 2

Moderadoras: **Patricia García Morras**. Hospital San Pedro, Logroño; **Ana María Palma Ruiz**. Hospital San Pedro, Logroño

12:30 h.
Pág. 17

SLOW MOHS: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS

Aida Menéndez Parrón¹, Rosa María Escribano de La Torre¹, Jone López Martínez¹, Sofía Goula Fernández¹, Lucía Carnero González¹, Marcela Vanessa Alarcón Amaya² y Ricardo González Peréz¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba

12:42 h.
Pág. 18

MODIFICACIÓN BILOBULADA DEL COLGAJO CERVICOFACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN MEJILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elisa María Gómez González, Ana Morelló Vicente, Inés Oteiza Rius, Deiane Marcos Muñagorri, Ane Carrera Gabilondo y Rafael Salido Vallejo del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

12:54 h.
Pág. 19

COMBINACIÓN DE COLGAJOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS COMPLEJOS DE POLO SUPERIOR DE PABELLÓN AURICULAR

Inés Oteiza Rius, Ana Morelló Vicente, Elisa María Gómez González, Deiane Marcos Muñagorri, Ane Carrera Gabilondo, Javier Antoñanzas Pérez y Rafael Salido Vallejo del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra

13:06 h.
Pág. 20

CIRUGÍA DE ALA NASAL EN DEFECTOS DE ESPESOR COMPLETO

Maialen Azcona Rodríguez, Jone Sarriugarte Aldecoa Otalora, Ingrid Hiltun Cabredo, Ángela Estenaga Pérez de Albeniz, Raquel Santesteban Muruzabal, Berta Bonaut Iriarte y Juan Ignacio Yanguas Bayona del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra

13:18 h.
Pág. 21

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN ALA NASAL CON COLGAJO MIOCUTÁNEO EN ISLA "TIBURÓN", SERIE DE CASOS

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza, Miriam Fernández Parrado, Clara Miguel Miguel, Paula Rodríguez Jiménez, Raquel Santesteban Muruzabal, Maialen Azcona Rodríguez y Juan Ignacio Yanguas Bayona del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra

13:30 h.
Pág. 22

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LÁSER VASCULAR PERCUTÁNEO EN MALFORMACIONES VENOSAS: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE ONCE AÑOS

Joseba Ugedo Alzaga, Jose Luis Díaz Ramón, Rosa Isabel Cherro Samper, Xabier Atxutegi Ayesta, Irati Allende Markixana y María Rosario González-Hermosa del Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo)

13:42 h.
Pág. 23

CARCINOMAS CUTÁNEOS SOBRE LESIONES DE HIDRADENITIS SUPURATIVA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jose María Villa-González¹, Verónica Velasco Benito², Rebeca Pérez Blasco¹, Elvira Acebo Mariñas¹, Olatz Lasa Elgezua¹, Patricia Andrés Ibarrola¹ y Marta Mendieta Eckert¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces

14:00 - 16:00 h.

ALMUERZO. Hotel F&G. Avenida de Viana n° 2-6, 26001, Logroño, La Rioja



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

VIERNES 12 DE ABRIL

PROGRAMA

- 16:00 - 17:30 h. CASOS QUE MÁS ME HAN ENSEÑADO**
Moderadores: **Adrián Diago Irache**. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza;
Javier Sánchez Bernal. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza
- 16:00 - 16:18 h. **SINDROME LINFOPROLIFERATIVO CD 30 PRIMARIO CUTANEO CON LESIONES ECCEMATOSAS**
Ignacio Yanguas Bayona1, Miriam Fernández Parrado1, Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza1, Clara Miguel Miguel1, Paula Rodríguez Jiménez, Josune Mitxelena Eceiza1, Alicia Córdoba Iturrriagoitia2 del (1)Servicio de dermatología y (2)Anatomía patológica del Hospital Universitario de Navarra
- 16:18 - 16:36 h. **EDEMAS PALPEBRALES, ¿HASTA DÓNDE DEBEMOS INVESTIGAR?**
Íñigo Martínez de Espronceda, Verónica De Diego Pericas, Patricia García Morras, Eva Fernández Vilaríño, Ana María Palma Ruiz, Beatriz Aldea Manrique y Laura Tabuenca del Barrio del Hospital San Pedro, Logroño
- 16:36 - 16:54 h. **¡HOUSTON TENEMOS UN PROBLEMA! NECESITAMOS AYUDA PARA RESOLVER ESTE CASO**
Rosa M^a Izu Belloso, Ane Lobato Izaguirre, Isabel Gainza Apraiz, Irene Arévalo Ortega, Nekane Martínez Peña, Jurvist Rodríguez Blandón y Bárbara Lada Colunga del Hospital Universitario de Basurto
- 16:54 - 17:12 h. **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS EN MELANOMA. MÁS ALLÁ DE LA CIRUGÍA**
Adrián Diago Irache, Marcial Álvarez Salafraña y Yolanda Gilaberte Calzada del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- 17:12 - 17:30 h. **TERAPIA BIOLÓGICA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: EL PAPEL DEL DERMATÓLOGO**
Isabel Abadías Granada1, Elena Aura Bularca Neagoe2, Cilia Amparo Peralta Ginés3, Jorge Aróstegui Aguilar4, Ignacio Hernández Aragüés4, Ignacio Rivera Fuertes1, Elena Estaran Silvan5, Ana Fuetes Zárate6 y M^a Pilar Sánchez Salas1 del (1)Servicio de Dermatología del Hospital de Barbastro, (2)Servicio de Dermatología del Hospital Ernest Lluch de Calatayud, (3)Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, (4)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, (5)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Barbastro y (6)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge de Huesca
- 17:30 - 18:00 h. PAUSA CAFÉ**
- 18:00 - 18:45 h. CHARLA MAGISTRAL: MANEJO MEDICOQUIRÚRGICO EN ALOPECIAS CICATRICIALES PRIMARIAS: QUÉ PODEMOS ESPERAR Y COMO PLANTEARLO**
- 18:00 - 18:05 h. **PRESENTACIÓN:** Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro. Hospital San Pedro de Logroño
- 18:05 - 18:40 h. **PONENTE:** Alba Gómez Zubiaur. Instituto Médico Ricart, Madrid
- 18:45 - 19:00 h. LECTURA PÓSTERES Y SELECCIÓN PARA DEFENSA AL DÍA SIGUIENTE**
Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro. Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja
Álvaro Rivera Rodríguez. Hospital de Calahorra, La Rioja
- 19:00 - 20:00 h. ACTIVIDAD CIENTÍFICA**
Futuros proyectos de la SVNAR en la nueva etapa
- 21:30 h. CENA CÓCTEL. Wine Fandango.** C/ Gral. Vara de Rey 5, 26003 Logroño, La Rioja



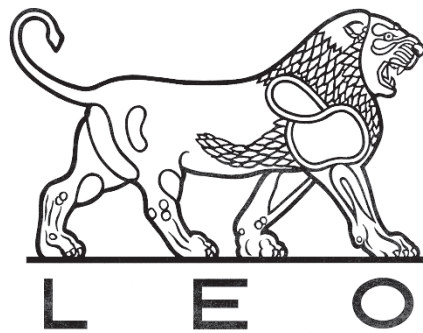
Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

SÁBADO 13 DE ABRIL

PROGRAMA

- 10:00 - 10:30 h. EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS BECADOS EN LA REUNIÓN SVNAR PREVIA**
Moderadores: **Íñigo Martínez de Espronceda Ezquerro**. Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja; **Álvaro Rivera Rodríguez**. Hospital de Calahorra, La Rioja
- 10:30 - 11:00 h. DEFENSA DE PÓSTERES SELECCIONADOS**
Moderadoras: **Beatriz Aldea Manrique**. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; **Ana María Palma Ruiz**. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- 11:00 - 11:50 h. COMUNICACIONES ORALES 3**
Moderadoras: **Beatriz Aldea Manrique**. Hospital San Pedro, Logroño; **Ana María Palma Ruiz**. Hospital San Pedro, Logroño
- 11:00 h. Pág. 25**
ÚLCERA ESCROTAL EN PACIENTE JOVEN
Patricia Andrés Ibarrola¹, Xabier Atxutegi Ayesta¹, Manuel Pascual Ares¹, Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte¹, Begoña Udondo González del Tanago¹, Joel Sanz Casero², Idoia Orbegozo Arrizabala³ y Juan Antonio Ratón Nieto¹ del (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Urología y (3) Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo)
- 11:12h. Pág. 26**
CARBUN-KO: EL TRAMPANTOJO DE LA MADRUGADA
Sergio García González¹, Mary Carolina Antonetti Roso¹, Sara Pilar Martínez Cisneros¹, Alejandro Tomás Esteban Escudero¹, Francisco José Felipo Berlanga², Victoria Lezcano Biosca¹, Mariano Ara Martín¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
- 11:34 h. Pág. 27**
99 CASOS DE TIÑA CAPITIS POR TRICHOPYTON TONSURANS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS
Natalia Valero Montalvo¹, Miren Marquina Iñarrairaegui¹, Román Ballesteros Redondo¹, Gadea Mercedes Braceras Rincón¹, Miguel Lera Imbuluzquet¹, Miriam Alkorta Gurrutxaga², Itsaso Jiménez Galar² y Nerea Ormaechea Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia
- 11:36 h. Pág. 28**
AMPOLLAS Y PRURITO: ¿PÉNFIGO O PENFIGOIDE?
Rosa María Escribano de la Torre¹, Amaia Barrutia Extebarria¹, Jone López Martínez¹, Vanesa Fatsini Blanch¹, Amaia Urtaran Ibarzabal¹, Itziar Arrue Michelena¹, Izaskun Etxebarria Fernández² y Ricardo González Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba (HUA)
- 11:50 - 12:15 h. PAUSA CAFÉ**
- 12:15 - 13:00 h. CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS**
Moderador: **Adrián Diago Irache**. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
Íñigo Martínez de Espronceda, Verónica De Diego Pericas, Patricia García Morras, Eva Fernández Vilaríño, Ana M^a Palma Ruiz, Beatriz Aldea Manrique, Fernando Hernaez Barrio, Susana Rubio Mediavilla y Adriana Hogeboom Gimeno del Hospital San Pedro, Logroño
- 13:00 - 13:15 h. ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DE LA REUNIÓN**
Íñigo Martínez de Espronceda. Presidente SVNAR / **Juan Ignacio Yanguas Bayona**. Vicepresidente SVNAR
- 13:15 - 14:00 h. ASAMBLEA**
Íñigo Martínez de Espronceda. Presidente SVNAR / **Verónica de Diego Pericas**. Secretaria SVNAR

Patrocinador Oro



Resúmenes Comunicaciones Orales 1





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL Y ADALIMUMAB

Ignacio Rivera Fuertes¹, Isabel Abadías Granado¹, Pilar Sánchez Salas¹, Carmen María Bernal Mañas² y Luis Requena Caballero³, del (1)Servicio de Dermatología del Hospital de Barbastro, (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario San Jorge de Huesca y (3)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Introducción

La dermatitis granulomatosa intersticial suele asociarse a enfermedad sistémica, en la que destaca la artritis reumatoide, pero se han reportado casos asociados a infecciones, tumores y fármacos.

Material y método

Paciente de 63 años, remitido por lesiones en forma de placas eritematosas de gran tamaño en los costados de 3 meses de evolución, asintomáticas, que no terminaban de mejorar con crema de metilprednisolona. El paciente lo relacionaba con época de estrés y ansiedad. Adicionalmente 5 meses antes había comenzado tratamiento con adalimumab para tratamiento de su psoriasis. Se instauró tratamiento con pomada de tacrólimus y se realizó una biopsia cutánea, que resultó compatible con dermatitis granulomatosa intersticial. En sangre presentó una elevación de transaminasas leve, así como de la proteína-C-reactiva.

Resultados

Se suspendió el tratamiento con adalimumab y de forma paulatina las lesiones desaparecieron.

Discusión

En la morfología de las lesiones se han descrito pápulas, placas y nódulos eritematosos, aunque lo más característico y a su vez menos frecuente es el signo de la cuerda, en forma de bandas a nivel de los costados, como presentó este paciente. El tratamiento más empleado son los corticoides, tópicos, intralesionales y sistémicos dependiendo de la extensión. Suele ser persistente y sufrir exacerbaciones, y su pronóstico depende de la enfermedad de base, pero en el caso inducido por un fármaco, responde a la retirada del mismo. Presentamos un caso con lesiones e histología típicas, cuya asociación a fármacos anti-TNF como adalimumab ya ha sido reportada en la literatura.

Palabras clave

Reacción por fármacos



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

ALOPECIA GRANULOMATOSA ASOCIADA A MOGAMULIZUMAB

Román Ballesteros Redondo¹, Arantxa López Pestaña¹, María Asunción Arregui Murua¹, Gadea Braceras Rincón¹, Nerea Infante Gonzalo¹, Izaskun Zeberio Etxetxia², Mary Johana Silva Carmona³, Nerea Ormaetxea Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Hematología y (3)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Introducción

El mogamulizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido al receptor de quimiocina CC tipo 4, indicado para el tratamiento de pacientes adultos con micosis fungoide (MF) o síndrome de Sezary (SS). Se ha descrito rash asociado a mogamulizumab (MAR) durante el uso de este fármaco.

Caso clínico

Mujer de 81 años, diagnosticada de SS, que comienza con placas eritematosas, infiltradas y pruriginosas en zona cervical, espalda y occipital, donde deja áreas de alopecia, 6 meses después del inicio de mogamulizumab. Se realizan biopsias que muestran granulomas en cuero cabelludo, dermatitis de interfase en zona cervical y dermatitis espongiótica en espalda, observando con inmunohistoquímica adecuada relación CD4:CD8, sin pérdida de marcadores y reordenamiento de los genes del receptor de célula T negativo. Se diagnostica de manifestaciones cutáneas secundarias al tratamiento. Se decide espaciar el intervalo de administración de mogamulizumab e iniciar metotrexato, junto con corticoide oral y tópico y antihistamínicos con respuesta parcial.

Discusión

Respecto a la patogenia de MAR, se postula que la disminución de células T-reguladoras (expresan receptor CCR4) provocaría un efecto proinflamatorio activo en la piel. Los pacientes con MAR muestran 4 presentaciones clínicas predominantes: placas foliculotropas de cuero cabelludo similares a la MF con alopecia; pápulas y/o placas tipo dermatitis psoriasiforme o liquenoide; dermatitis fotoacentuada; y dermatitis morbilliforme o eritrodérmica. El prurito es constante y la cabeza y cuello es la región anatómica más afectada. Distinguir MAR de la progresión de MF o SS cutánea es crucial. Para ello se requiere de estudio histopatológico junto con inmunohistoquímica y secuenciación de receptor de células T. La histopatología de MAR muestra 3 patrones: dermatitis espongiótica, dermatitis de interfase y dermatitis granulomatosa, con normalización de las proporciones de células T CD4:CD8, y preservación de marcadores. No es necesario suspender mogamulizumab y las lesiones cutáneas pueden tratarse con antihistamínicos, corticoide tópico o sistémico, fototerapia o metotrexato, entre otros.

Conclusión

Diferenciar MAR de una recidiva de MF o SS cutánea es difícil. La biopsia es fundamental para el diagnóstico de MAR. Destacar que la presencia de MAR no es una contraindicación absoluta para continuar con el tratamiento.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

DERMATITIS GRANULOMATOSA INTERSTICIAL O GRANULOMA ANULAR DE PATRÓN INTERSTICIAL

Mary Carolina Antonetti Roso¹, Sergio García González¹, Alejandro Tomás Esteban Escudero¹, Sara Martínez Cisneros¹, José González Fernández¹, Paula Soto Revuelta¹, Karol Nicole Sabas Ortega¹, Lydia Corbalán Escortell¹, Clara Cabañuz Rocatalada², Pablo Villagrasa Boli¹, Mariano Ara Martín¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción

Ante un patrón granulomatoso intersticial en la histopatología, se puede plantear una dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) o un granuloma anular de patrón intersticial (GAPI). Presentamos un caso que supone un reto clínico-patológico.

Caso clínico

Paciente femenino de 73 años, que presenta lesiones cutáneas en abdomen de dos semanas de evolución, asintomáticas. Refiere artralgiás asociadas. A la exploración física se evidencian placas eritemato-violáceas que confluyen en flancos, costados y muslos, de forma simétrica y bilateral, con ligera induración a la palpación. Se realiza biopsia cutánea, ante la sospecha de morfea versus micosis fungoide, que reporta un infiltrado histiocitario intersticial focal en dermis media rodeando los haces de colágeno, sin aumento de mucina intersticial, que plantean una DGI versus GAPI, sugiriendo correlacionar clínicamente. Se realiza autoinmunidad, proteinograma, perfil tiroideo, hepático y renal, resultando dentro de la normalidad. En tratamiento actual con tacrólimus y clobetasol. Pendiente de otras pruebas complementarias.

Discusión/Conclusiones

Las dos dermatosis planteadas pueden presentar un espectro clínico similar que va desde pápulas o placas eritematosas o eritemato-violáceas hasta formas anulares, asintomáticas, que suelen afectar tronco y muslos. A nivel histopatológico sus sutiles diferencias pueden dificultar el diagnóstico definitivo, como en nuestro caso. Sin embargo, considerando que la DGI se asocia a pacientes con artritis, y su relación descrita con neoplasias malignas subyacentes, se decide orientar y manejar este caso como una DGI. En conclusión, uno de los retos en nuestra práctica clínica se presenta cuando los hallazgos anatómopatológicos no son definitorios, haciendo menester la correlación clínica integral, tanto de las lesiones cutáneas como de otros síntomas y signos, y comorbilidades del paciente, tomando en cuenta las implicaciones pronósticas y terapéuticas que conllevan los diagnósticos planteados. Y por último, reconocer la importancia de las dos entidades expuestas, como diagnóstico diferencial de patologías tan dispares como la morfea y la micosis fungoide.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

ROFLUMILAST ORAL FUERA DE INDICACIÓN EN DERMATOLOGÍA: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Amaita Barrutia Etxebarria, Aida Menéndez Parrón, Javier Gimeno Castillo, Sonia Heras Gonzalez, Izaskun Trebol Urra, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya y Ricardo González Perez del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba.

Introducción

Apremilast es un inhibidor oral de la enzima fosfodiesterasa-4 (PDE4), de efecto inmunomodulador, aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios (AEMS) en psoriasis, artritis psoriásica y en la Enfermedad de Behcet. Roflumilast es otro inhibidor de la PDE4, aprobado por la AEMS en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Debido a su perfil de seguridad, posología y reducido coste, se ha utilizado roflumilast de forma oral fuera de indicación en dermatosis inflamatorias.

Material y métodos

Hemos realizado una recogida de datos de los 9 pacientes tratados con roflumilast oral 500 mg al día fuera de indicación en nuestro servicio.

Resultados

Reunimos un total de 9 pacientes tratados con roflumilast oral fuera de indicación, con una media de edad de 57 años, 4 pacientes con eccemas y 5 pacientes con psoriasis. Un 11% obtuvo mejoría total y un 66% mejoría parcial de las lesiones cutáneas. Un 77% de los pacientes tuvieron que suspender el tratamiento debido a efectos adversos. 1 paciente mantiene el tratamiento en la actualidad sin presentar efectos adversos.

Discusión y conclusiones

En nuestra serie, el roflumilast oral resultó ser parcialmente efectivo en el 66% de los pacientes. Sin embargo, la gran mayoría de estos tuvo que suspender el tratamiento debido a efectos adversos.

Son necesarios nuevos estudios con una mayor muestra de pacientes para valorar la efectividad y seguridad de este fármaco en dermatología.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

TOXICIDAD CUTÁNEA INDUCIDA POR METOTREXATO A DOSIS BAJAS

Ane Carrera Gabilondo, Ana Morelló Vicente, Inés Oteiza Rius, Elisa María Gómez González, Deiane Marcos Muñagorri, Leyre Aguado Gil y Javier Antoñanzas Pérez del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra.

Introducción

El metotrexato (MTX) es un fármaco utilizado comúnmente en dermatología que puede desencadenar toxicidad cutánea incluso a dosis bajas, siendo un fenómeno potencialmente grave.

Material y método

Presentamos tres casos de toxicidad cutánea asociada al MTX. Se describen los tratamientos previos, las características clínicas de las lesiones, hallazgos histológicos y la evolución de los pacientes tras la suspensión del MTX.

Resultados

Los tres pacientes presentaban factores concomitantes que podrían favorecer la toxicidad cutánea inducida por MTX: En el caso 1, la paciente recibía dextetoprofeno y recientemente agregó furosemida. En el segundo caso, la paciente aumentó la dosis de MTX debido a un mal control de su patología. En el caso 3, los efectos tóxicos en la piel aparecieron tras introducir trimetoprim sulfametoxazol. Tras la suspensión del MTX todos mostraron mejoría clínica, con resolución completa de las lesiones.

Discusión

La toxicidad cutánea por MTX puede ser el resultado de múltiples factores, incluyendo la dosis y la interacción con otros fármacos. La renovación celular aumentada en la piel y la médula ósea pueden contribuir a la toxicidad. Más allá de la toxicidad dosis-dependiente, se ha sugerido la implicación de polimorfismos genéticos y la acumulación intracelular de derivados de poliglutamato de MTX.

Conclusiones

Los signos de toxicidad cutánea inducidos por dosis bajas de MTX son infrecuentes y, por lo tanto, infradiagnosticados. Es importante reconocerlos porque pueden actuar como marcadores de toxicidad sistémica aguda y grave que pueden ser mortales. Aunque el mecanismo exacto es desconocido, pueden estar implicados algunos mecanismos más allá de la toxicidad dependiente de la dosis.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 1

COMPLEJO MANEJO TERAPÉUTICO DE UNA PACIENTE CON MÚLTIPLES COMORBILIDADES (PIODERMA GANGRE- NOSO, COLITIS ULCEROSA, HIDRADENITIS SUPURATIVA Y CÁNCER DE MAMA)

Paula Rodríguez-Jiménez¹, Miriam Fernández-Parrado¹, Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza¹, Clara Miguel-Miguel¹, Maialen Azcona-Rodríguez¹, Juan Ignacio Yanguas-Bayona¹, Marcos Hervella-Garcés¹, Cristina Rodríguez-Gutiérrez² y José Juan Illarramendi-Mañas³ del (1)Servicio de Dermatología (2)Servicio de Aparato Digestivo y (3)Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Navarra.

Introducción

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica poco común, que se asocia en más de la mitad de los casos con una enfermedad sistémica subyacente. La enfermedad inflamatoria intestinal, los trastornos hematológicos y la artritis representan las comorbilidades más frecuentes.

Sin embargo, la vinculación de pioderma gangrenoso con hidradenitis supurativa ha sido descrita menos frecuentemente en la literatura.

Material y método

Se presenta el caso de una paciente que presenta pioderma gangrenoso asociado a colitis ulcerosa e hidradenitis supurativa en tratamiento con Ustekinumab tras un cáncer de mama intercurrente.

Resultados

Se trata de una mujer de 55 años con colitis ulcerosa y pioderma gangrenoso asociados a hidradenitis de varios años de evolución que inició tratamiento con anti-TNF y tras la aparición de un carcinoma infiltrante de mama tuvo que suspenderlo. Durante la administración de quimioterápicos, comienza con lesiones compatibles con pioderma gangrenoso de difícil control a pesar de corticoterapia oral y tratamiento tópico.

Tras finalizar el tratamiento oncológico y encontrarse en remisión completa de la enfermedad, se decide inicio de Ustekinumab que ha permitido el control integral de las comorbilidades de esta paciente hasta el momento actual.

Discusión y conclusión

Presentamos este caso de manejo terapéutico complejo, con varias patologías asociadas y un cáncer activo intercurrente. Ustekinumab ha demostrado ser una buena alternativa en situaciones similares a las de nuestra paciente.

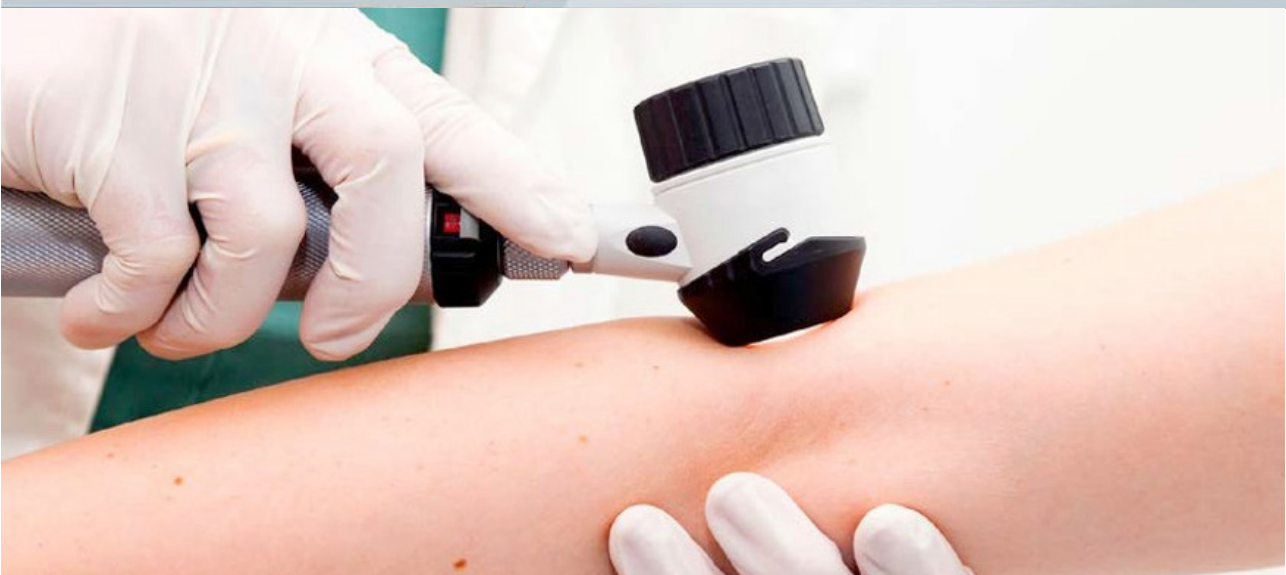
Palabras clave

Pioderma gangrenoso, colitis ulcerosa, hidradenitis supurativa, ustekinumab, cáncer de mama.

Patrocinador Oro

Lilly

Resúmenes Comunicaciones Orales 2





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

SLOW MOHS: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE UN PERÍODO DE 5 AÑOS

Aida Menéndez Parrón¹, Rosa María Escribano de La Torre¹, Jone López Martínez¹, Sofía Goula Fernández¹, Lucía Carnero González¹, Marcela Vanessa Alarcón Amaya² y Ricardo González Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba.

Introducción

La cirugía micrográfica de Mohs constituye una técnica de extirpación secuencial de tumores cutáneos que permite el análisis histológico del 100% de sus márgenes asegurando bordes libres con una mayor preservación de tejido sano. Existen variantes de la misma, como el Slow Mohs, donde se procesa en cortes con parafina para poder realizar un estudio histopatológico e inmunohistoquímico en diferido. En estos casos, el defecto se cubre con un apósito y el paciente retorna a su domicilio, repitiendo el procedimiento posteriormente y resecaando exclusivamente aquel segmento afectado.

Material y método

Presentamos un estudio observacional retrospectivo que analiza los procedimientos de "Slow Mohs" realizados en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de enero de 2024. Las piezas extirpadas fueron procesadas en parafina con el protocolo inmuohistoquímico adecuado para su diagnóstico previo, siendo evaluadas por dermatopatólogos en el plazo de 1 semana por estadio. Las variables recogidas fueron: la edad del paciente, el sexo, procedencia, la naturaleza del tumor, su localización, número de estadios realizados, método de cierre del defecto, complicaciones, seguimiento y recidiva.

Resultados

Se incluyeron 28 pacientes, en su mayoría mujeres (n = 18, 64%) con edad media de 62.9 años (rango 22-93) procedentes de Álava (n = 12, 42.8%), La Rioja (n = 9, 32.1%) y Guipúzcoa (n = 7, 25%). Se intervinieron 30 tumores cutáneos: dermatofibrosarcoma protuberans (n = 14, 46,7 %), léntigo maligno (n = 12, 40%), leiomiomasarcoma (n =1, 3%) y carcinoma ductal ecrino (n =1, 3%). La media y mediana de estadios precisados para obtener márgenes quirúrgicos negativos fueron respectivamente de 1.8 y 1.5 intervenciones. La mediana de seguimiento de los 12 pacientes residentes en Álava es de 21 meses. Solo se constató recidiva tumoral en la paciente con leiomiomasarcoma (3%).

Discusión y conclusiones

Exponemos nuestra experiencia en la técnica Slow Mohs. La principal desventaja reside en la necesidad de intervenir al paciente en varias sesiones, lo que puede resultar tedioso especialmente para aquellos con márgenes positivos. Sin embargo, los resultados obtenidos en materia de radicalidad terapéutica son positivos y consideramos que avalan el empleo de la misma. Las principales limitaciones encontradas responden al carácter retrospectivo y las dificultades para recoger el seguimiento dado que muchos pacientes son originarios de otras áreas de salud.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

MODIFICACIÓN BILOBULADA DEL COLGAJO CERVICOFACIAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN MEJILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elisa María Gómez González, Ana Morelló Vicente, Inés Oteiza Rius, Deiane Marcos Muñagorri, Ane Carrera Gabilondo y Rafael Salido Vallejo del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

Introducción

Los grandes defectos quirúrgicos en la mejilla representan un reto reconstructivo por su importancia en la dinámica y estética facial. Existen diferentes posibilidades reconstructivas que deberán individualizarse según las características del defecto y paciente. Presentamos el caso de un paciente reconstruido mediante un colgajo cervicofacial (CF) modificado.

Material y métodos

Varón de 71 años que presenta un carcinoma basocelular morfeiforme recidivante en mejilla izquierda. Tras conseguir márgenes quirúrgicos libres mediante cirugía de Mohs, se realizó un colgajo CF modificado con diseño bilobulado para reconstrucción del defecto resultante, con buen resultado cosmético y funcional, y sin complicaciones postquirúrgicas. Tras 5 años de seguimiento, el paciente no ha presentado recurrencia tumoral.

Discusión

El colgajo CF es una opción quirúrgica excelente para defectos grandes en la mejilla. Su modificación bilobulada incorporando un lóbulo de rotación de piel preauricular y otro lóbulo de transposición retroauricular, proporciona una ventaja notable por su naturaleza no expuesta, su rica vascularización y por posibilitar la ocultación de cicatrices.

En este paciente, la disección del colgajo se realizó a nivel subcutáneo. Este abordaje proporciona suficiente suministro sanguíneo a través del plexo subdérmico, evitando la incorporación del sistema músculoaponeurótico superficial al colgajo y la disección subplatismal y, con ello, el riesgo de dañar otras estructuras subanatómicas.

Conclusiones

La modificación bilobulada del colgajo CF permite recubrir grandes defectos quirúrgicos a nivel de mejilla, evitando prolongar la disección hasta plano subclavicular y pectoral, siendo viable su disección supraplatismal.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

COMBINACIÓN DE COLGAJOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS COMPLEJOS DE POLO SUPERIOR DE PABELLÓN AURICULAR

Inés Oteiza Rius, Ana Morelló Vicente, Elisa María Gómez González, Deiane Marcos Muñagorri, Ane Carrera Gabilondo, Javier Antoñanzas Pérez y Rafael Salido Vallejo del Departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra.

Introducción

La reconstrucción de defectos de pabellón auricular puede representar un auténtico reto para el cirujano dermatológico debido a la morfología tan especial que presenta esta estructura anatómica. En ocasiones, estos defectos pueden ser complejos y asociarse con afectación de otras subunidades anatómicas, lo que dificulta aún más el cierre quirúrgico de los mismos.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 90 años derivado a nuestro centro por persistencia de un carcinoma basocelular micronodular en raíz de hélix derecho intervenido en otro centro. Tras la obtención de márgenes quirúrgicos libres tras cirugía de Mohs en parafina, se obtuvo un defecto de espesor total que afectaba a la raíz del hélix derecho, la parte caudal del pabellón auricular y parte de la región temporal. Se diseñó un colgajo combinado para el cierre del defecto que consistió en un colgajo de avance preauricular así como dos extirpaciones en V-bloque para conformar un nuevo hélix y realizar la inserción del mismo en región temporal. Tras 4 meses de la intervención quirúrgica, el paciente presentó unos buenos resultados funcionales y cosméticos, sin evidencia de recidiva tumoral.

Discusión y conclusiones

Los colgajos combinados son una opción excelente para la reconstrucción de defectos quirúrgicos complejos obtenidos tras cirugía dermatológica oncológica. Esta combinación de colgajos nos permite adecuarnos mejor al estándar de realizar una reconstrucción por subunidades anatómicas, lo que garantizará unos resultados óptimos en relación a otras opciones reconstructivas como colgajos simples o injertos. La elección de la combinación de colgajos será siempre individualizada en función de las características del paciente, del tumor intervenido y de las subunidades anatómicas que conformen el defecto quirúrgico.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

CIRUGÍA DE ALA NASAL EN DEFECTOS DE ESPESOR COMPLETO

Maialen Azcona Rodríguez, Jone Sarriugarte Aldecoa Otalora, Ingrid Hiltun Cabredo, Ángela Estenaga Pérez de Albeniz, Raquel Santesteban Muruzabal, Berta Bonaut Iriarte y Juan Ignacio Yanguas Bayona del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Introducción

La pirámide nasal es la localización más frecuente del cáncer cutáneo no melanoma. La mayor parte de los tumores en esta localización se diagnostican de manera temprana permitiendo su reconstrucción con cirugías más sencillas. Por su anatomía especial y su localización centofacial es una zona de difícil reconstrucción y alto impacto cosmético. La subunidad del ala nasal tiene su dificultad añadida por su peculiaridad de poder presentar defectos de espesor completo y tener un borde libre, zona especialmente difícil de reconstruir.

Material y método

Se describen una serie de casos de reconstrucción compleja atendidos en nuestro hospital.

Resultados

Describimos las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en la reconstrucción de defectos de espesor completo del ala nasal y las preferencias de su uso según los casos estudiados.

Discusión y conclusiones

Los defectos de espesor completo en ala nasal suponen un reto quirúrgico. Una vez conseguido el objetivo oncológico es importante conservar y mantener una función nasal adecuada así como un resultado óptimo desde el punto de vista cosmético. Existen diferentes técnicas para conseguir dicho objetivo.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN ALA NASAL CON COLGAJO MIOCUTÁNEO EN ISLA “TIBURÓN”, SERIE DE CASOS

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza, Miriam Fernández Parrado, Clara Miguel Miguel, Paula Rodríguez Jiménez, Raquel Santesteban Muruzabal, Maialen Azcona Rodríguez y Juan Ignacio Yanguas Bayona del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Introducción

El ala nasal y la región perialar son zonas donde frecuentemente asientan neoplasias cutáneas y la reconstrucción de estos defectos supone un reto para el dermatólogo por la complejidad para mantener la simetría y las unidades cosméticas y funcionales.

Material y métodos

Presentamos una serie de casos de nuestro servicio de dermatología en los que se ha reconstruido un defecto en ala nasal con el colgajo “en tiburón” tras cirugía oncológica.

La técnica consiste en medir la distancia entre el surco original hasta el borde medial del defecto, diseñando un colgajo de pedículo subcutáneo cuya parte superoanterior va a tener esta anchura. El brazo largo aprovechará la piel adyacente de la mejilla. Se realiza una rotación de 90° del brazo superior recreando el surco alar.

Discusión

El colgajo en tiburón se describió en 2006 y consiste en un colgajo miocutáneo en isla que mediante rotación forma un cono que recrea el surco alar. Aunque hay diversas plastias para reconstruir esa zona, éste puede ser una buena opción en casos donde esté afectado el surco alar, es un colgajo muy seguro y de fácil ejecución en un tiempo. Sin embargo, tiene sus inconvenientes: no es útil si hay afectación de cartílago, no se indica en defectos muy grandes porque puede dejar cicatrices inestéticas y existe un cierto riesgo de necrosis de la porción distal.

Conclusiones

Presentamos varios casos de reconstrucción de ala nasal con un colgajo relativamente nuevo, del que no existe mucha bibliografía, que puede servir de utilidad conocer y aplicar en ciertas circunstancias, junto con sus pros y contras.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LÁSER VASCULAR PERCUTÁNEO EN MALFORMACIONES VENOSAS: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE ONCE AÑOS

Joseba Ugedo Alzaga, Jose Luis Díaz Ramón, Rosa Isabel Cherro Samper, Xabier Atxutegi Ayesta, Irati Allende Markixana y María Rosario González-Hermosa del Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo).

Introducción

Las malformaciones venosas son una categoría de trastornos vasculares que involucran anomalías en el sistema de venas. Estas malformaciones se caracterizan por la presencia de venas anormalmente dilatadas, retorcidas o agrandadas que pueden ocurrir en diversas partes del cuerpo, incluyendo la piel, los tejidos subcutáneos y órganos internos. Estas condiciones pueden variar en gravedad y pueden presentarse desde el nacimiento o desarrollarse con el tiempo. Las malformaciones venosas pueden causar una serie de síntomas, desde problemas estéticos hasta complicaciones médicas que pueden requerir evaluación y tratamiento multidisciplinar.

Materiales y métodos

Presentamos una serie retrospectiva de 33 casos atendidos desde 2013 a 2024 de pacientes con malformaciones venosas de los cuales 22 fueron tratados exclusivamente con láser vascular (Nd-YaG 1064 nm,) o laser vascular secuencial (PDL 585nm + Nd-YaG 1064nm), ambos usados de forma percutánea o en combinación con cirugía posterior. Los resultados son evaluados mediante observadores ciegos evaluando la media de los resultados mediante una escala del 0-10 y una encuesta de satisfacción valorando del 0-10 recogida de forma retrospectiva a los pacientes.

Discusión

El tratamiento con láser vascular percutáneo es una opción altamente accesible, efectiva y segura para abordar las malformaciones venosas localizadas, especialmente aquellas que afectan la piel y mucosa oral.

Es importante destacar que el tratamiento con láser vascular no suele proporcionar resultados inmediatos, y a menudo se necesitan varias sesiones para lograr resultados satisfactorios y en los casos en los que haya un tejido fibrovascular redundante se puede eliminar mediante cirugía de forma más cómoda y segura para el cirujano. Otra de las principales ventajas del tratamiento es que es no invasivo, y generalmente se realizan de forma ambulatoria y presenta efectos secundarios que son temporales, leves y transitorios.

Con esta revisión retrospectiva queremos presentar y evaluar los resultados obtenidos con los pacientes atendido en nuestro centro mediante esta técnica.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 2

CARCINOMAS CUTÁNEOS SOBRE LESIONES DE HIDRADENITIS SUPURATIVA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Jose María Villa-González¹, Verónica Velasco Benito², Rebeca Pérez Blasco¹, Elvira Acebo Mariñas¹, Olatz Lasa Elgezua¹, Patricia Andrés Ibarrola¹ y Marta Mendieta Eckert¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces.

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica. Aunque es infrecuente, una posible complicación de la HS es el desarrollo de carcinomas cutáneos. En este trabajo se estudian los casos de carcinomas cutáneos sobre HS de nuestro hospital.

Material y métodos

Se revisan los pacientes de nuestro hospital con HS con estudio histológico desde 1985 hasta 2023, seleccionando aquellos con carcinomas cutáneos sobre las lesiones de HS.

Resultados

De los 580 casos, 3 (0.52%) desarrollaron un carcinoma epidermoide (CE), y 1 (0.17%) un carcinoma basocelular (CBC). Respecto a los pacientes con CE, dos padecían HS glútea y una HS vulvar. La histología mostró en todos CE bien diferenciados multifocales, negativos para VPH por PCR. Ninguno presentaba extensión regional o a distancia del tumor, y todos fueron intervenidos quirúrgicamente. Respecto al CBC, se trataba de una lesión sobre HS en la zona inguinal, que se trató mediante cirugía. La paciente con CE vulvar, uno de los pacientes con CE glútea, y la paciente con CBC, permanecen libres de enfermedad 2.5, 6 y 19 meses tras la cirugía, respectivamente. El otro paciente con CE glútea falleció por complicaciones infecciosas derivadas de la HS.

Discusión y conclusiones

El CE es una complicación infrecuente de la HS; sin embargo, su detección precoz es fundamental ya que habitualmente es multifocal y se extiende a través de las fístulas y trayectos sinusoidales, adquiriendo un comportamiento agresivo. Si bien el tratamiento de elección es realizar una resección amplia, se ha descrito una recurrencia del 23-30% y una mortalidad de hasta el 50% o incluso mayor en caso de recidiva local.

En lo que respecta al CBC, no se han descrito previamente casos sobre HS, en áreas no expuestas al sol.

En conclusión, los carcinomas cutáneos sobre HS pueden pasar desapercibidos y en el caso del CE puede resultar agresivo; por ello es necesario examinar a los pacientes periódicamente para detectarlos de forma precoz.

Palabras clave

Tumor maligno

Patrocinador Oro

sanofi

Resúmenes Comunicaciones Orales 3





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 3

ÚLCERA ESCROTAL EN PACIENTE JOVEN

Patricia Andrés Ibarrola¹, Xabier Atxutegi Ayesta¹, Manuel Pascual Ares¹, Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte¹, Begoña Udondo González del Tanago¹, Joel Sanz Casero², Idoia Orbegozo Arrizabalaga³ y Juan Antonio Ratón Nieto¹ del (1) Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Urología y (3)Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo).

Caso clínico

Varón de 21 años que presentaba fiebre y una úlcera escrotal de 2 días de evolución. Como antecedente destacaba únicamente el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda 10 días antes. A la exploración presentaba una úlcera negruzca de 10x20 mm en la piel escrotal derecha, dolorosa a la palpación, de borde eritematoso. La analítica realizada mostró elevación de PCR, leucocitosis y neutrofilia. Las serologías de ITS resultaron negativas.

Evolución

El paciente fue ingresado a cargo de Urología para realizar el desbridamiento del tejido necrótico, ante la sospecha de una posible gangrena de Fournier. Sin embargo, tanto los hemocultivos como el cultivo de la úlcera fueron negativos. Se realizó toma para estudio anatomopatológico, objetivándose necrosis tisular con vasculitis de vasos de pequeño y medio calibre. El paciente presentó una evolución satisfactoria y fue dado de alta con tratamiento corticoideo y antibiótico, y con curas diarias. A los 4 meses, la úlcera había remitido y no presentó recidivas.

Discusión

El cuadro clínico, así como los resultados de las pruebas complementarias, orientaron al diagnóstico de una vasculitis gangrenosa juvenil del escroto. Se trata de una entidad infrecuente sobre la que hay publicados menos de 30 casos, la mayoría en el área mediterránea. Se caracteriza por afectar a varones jóvenes, con antecedente de una infección faringoamigdalal, asociada a la aparición de úlceras necróticas a nivel escrotal. Presenta un curso autolimitado, sin recidivas posteriores. Se desconoce su etiología y se postula una posible relación con el pioderma gangrenoso o con la úlcera de Lipschütz. Se han descrito casos con respuesta favorable al tratamiento con corticoides y/o antibióticos, si bien también existen casos con resolución espontánea sin tratamiento.

Conclusión

La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto es una entidad infrecuente, pero su conocimiento es relevante para realizar un correcto diagnóstico diferencial de las úlceras a nivel genital.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 3

CARBUN-KO: EL TRAMPANTOJO DE LA MADRUGADA

Sergio García González¹, Mary Carolina Antonetti Roso¹, Sara Pilar Martínez Cisneros¹, Alejandro Tomás Esteban Escudero¹, Francisco José Felipe Berlanga², Victoria Lezcano Biosca¹, Mariano Ara Martín¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción

Sábado, 4:30 am. Suena el busca. Avisan a Dermatología por la entrada en Urgencias de un paciente con lesiones cutáneas sospechosas de carbunco.

Caso clínico

Varón de 48 años que acudió a Urgencias por aparición de lesiones cutáneas acneiformes desde hacía tres días, que en las últimas 24 horas habían evolucionado a formación de nódulos subcutáneos y abscesos con drenaje de abundante material purulento, junto con inyección conjuntival concomitante. Así mismo, fiebre de hasta 38° con malestar general. Asociaba sensación nauseosa y deposiciones blandas.

Trabajador en medio rural como agricultor y en una granja de ganado ovino. Negaba defunciones recientes en el ganado. Tras la toma de biopsia y frotis para microbiología y anatomía patológica, se decidió ingreso en Servicio de Enfermedades Infecciosas bajo la sospecha de posible carbunco cutáneo, con tratamiento empírico con ciprofloxacino y clindamicina. Durante el mismo, se aísla en hemocultivos bacilo grampositivo, informando desde Microbiología de la posible compatibilidad con *Bacillus anthracis*.

Ante la nula mejoría con antibioterapia, y persistencia de cuadro diarreico con rectorragia ocasional, se instauró tratamiento corticoideo, con rápida mejoría del cuadro.

Discusión

A la espera de la biopsia, la clínica, el ambiente epidemiológico y los primeros hemocultivos obtenidos parecían orientar hacia la posibilidad, aunque rara, de un posible caso de carbunco, enfermedad de declaración obligatoria, causado por el *B. anthracis*, empleado en algunas ocasiones en la guerra biológica.

Pero, ¿estábamos realmente ante un carbunco? ¿Se salvaría esta vez el HCU de una emergencia sanitaria?

Este caso pretende poner en alza la importancia de la historia clínica y la existencia de cuadros cutáneos relativamente frecuentes manifestados bajo formas no tan frecuentes, de apariencia llamativa, que pueden llevar a confusión en el diagnóstico.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 3

99 CASOS DE TIÑA CAPITIS POR TRICHOPYTON TONSURANS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

Natalia Valero Montalvo¹, Miren Marquina Iñarrairaegui¹, Román Ballesteros Redondo¹, Gadea Mercedes Braceras Rincón¹, Miguel Lera Imbuluzquet¹, Miriam Alkorta Gurrutxaga², Itsaso Jiménez Galar² y Nerea Ormaechea Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia.

Introducción

La tiña del cuero cabelludo es una enfermedad muy contagiosa producida por dermatofitos del género *Microsporum* y *Trichopyton*. Afecta mayormente a niños de entre 6 meses y 12 años, con ligero predominio en el sexo masculino.

Material y métodos

Se contactó con el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia que recogió los casos positivos en *Trichopyton Tonsurans* desde el año 2021 al 2023.

Resultados

Se obtuvieron 99 cultivos positivos para *Trichopyton Tonsurans* compatibles con tiña capitis/tiña corporis secundaria a tiña capitis. De los afectados, 83 fueron hombres y 16 mujeres y la edad media de los pacientes fue de 12 años. 65 tuvieron afectación de cuero cabelludo, 6 de cara, 7 de barba, 13 de cuerpo y en 8 no se especifica. En 8 casos se trató de una forma inflamatoria y se requirió tratamiento antibiótico además de antifúngico.

Discusión

Desde el año 2021, se ha observado un aumento de casos de Tiña Capitis. Los afectados se tratan mayormente de varones jóvenes que se realizan cortes de pelo con degradado o rasurado en región occipital y/o temporal.

Clásicamente, los agentes etiológicos más frecuentes fueron los hongos zoofílicos. Sin embargo, desde el año 2021, se ha visto un aumento de incidencia de *Trichopyton Tonsurans* (hongo antropofílico).

Las manifestaciones clínicas incluyen lesiones eritematodescamativas en regiones occipital y/o temporales clínicamente muy similares a la psoriasis o a la dermatitis seborreica. Por dicho motivo la mayoría de pacientes reciben un tratamiento inadecuado, y sufren, además, un retraso en el diagnóstico con la morbilidad que ello conlleva.

La tiña del cuero cabelludo debe ser tratada de forma sistémica, siendo la terbinafina el antifúngico de elección en el caso del *Trichopyton Tonsurans*.

Conclusión

Desde el año 2021, ha habido un aumento de la incidencia de Tiña Capitis secundaria a infección por *Trichopyton Tonsurans*, probablemente relacionado con cortes de pelo con degradado. Por ello, se deberían notificar los casos y establecer medidas preventivas para evitar nuevos brotes.

Palabras clave

Infección fúngica, tinea capitis, *Trichopyton Tonsurans*.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

COMUNICACIONES ORALES 3

AMPOLLAS Y PRURITO: ¿PÉNFIGO O PENFIGOIDE?

Rosa María Escribano de la Torre¹, Amaia Barrutia Etxebarria¹, Jone López Martínez¹, Vanesa Fatsini Blanch¹, Amaia Urtaran Ibarzabal¹, Itziar Arrue Michelena¹, Izaskun Etxebarria Fernández² y Ricardo González Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba (HUA).

Introducción

El pénfigo herpetiforme (PH) es un tipo raro de dermatosis ampollosa autoinmune caracterizado por unos hallazgos histopatológicos e inmunológicos compatibles con pénfigo en un contexto clínico distintivo que simula una dermatosis ampollosa subepidérmica.

Caso clínico

Mujer de 30 años que consultó por unas lesiones pruriginosas en tronco y extremidades de 2-3 años de evolución. Inicialmente se observaban unas placas eritematosas de bordes circunferenciales y descamativas diseminadas por la superficie corporal. Al cabo de 6 semanas acudió de nuevo por un brote de lesiones vesiculo-ampollosas tensas en antebrazo, por lo que se realizó una biopsia que mostraba una espongiosis eosinofílica y neutrofílica con formación de ampolla intraepidérmica. La serología reveló unos anticuerpos antidesmogleína 1 positivos. Los hallazgos fueron clínica, serológica e histopatológicamente compatibles con un pénfigo herpetiforme. Se pautó dapsona 100mg/día en monoterapia, con una mejoría sintomática rápida, efectiva y mantenida en el tiempo hasta el momento actual.

Discusión

El PH es una entidad que puede manifestarse como ampollas tensas sin erosiones de morfología y distribución herpetiforme o placas eritematosas urticariales o anulares muy pruriginosas. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la dermatitis herpetiforme, la dermatosis ampollosa IgA lineal y el penfigoide ampolloso. A diferencia de estas, se caracteriza por la presencia de una ampolla intradérmica que muestra una IFD con el depósito intercelular de IgG y en la serología se identifican autoanticuerpos contra las desmogleínas, las desmocolinas o ambas. Tiene un curso benigno, habitualmente con respuesta a corticoides sistémicos o dapsona.

Conclusiones

El PH debe considerarse en el estudio de lesiones que simulen clínicamente una dermatosis ampollosa subepidérmica, principalmente dermatitis herpetiforme, pero cuyas características histopatológicas e inmunológicas demuestren una ampolla intraepidérmica.

ILUMETRI®
tildrakizumab

Wynzora®

50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema
calcipotriol/betametasona

KLISYRI®
tirbanibulina



WYNZORA®



KLISYRI®



ILUMETRI®

Con receta médica. Financiado por el SNS con aportación reducida.

Wynzora® 50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema, 1 tubo de 60 g. CN 731344. PVL: 28,63 €; PVP IVA: 44,69 €.

Wynzora® 50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema, 2 tubos de 60 g. CN 749493. PVL: 57,26 €; PVP IVA: 89,39 €.

Presentación 5 sobres de 250mg y PVP (IVA): 75,95€.

Con receta médica. Dispensación en farmacias. Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, con visado de inspección.

Diagnóstico hospitalario. Dispensación hospitalaria. Financiado por el SNS sin aportación.

Ilumetri® 100 mg solución inyectable en jeringa precargada: EU/1/18/1323/002. C.N. 723855; Precio notificado 100 mg: PVL: 3.500 €.

Ilumetri® 200 mg solución inyectable en jeringa precargada: EU/1/18/1323/003. C.N. 748649; Precio notificado 200 mg: PVL: 5.185€.

Ilumetri® 100 mg solución inyectable en pluma precargada: EU/1/18/1323/004. C.N. 762267; Precio notificado 100 mg: PVL: 3.500 €.

▼ Este medicamento está sujeto a un seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas a este medicamento



ES-MTP-2400008

Resúmenes Pósteres





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

CLARA-MENTE SON LESIONES BENIGNAS EN PIERNAS

Nerea Infante Gonzalo¹, María Asunción Arregui Murua¹, Mary Yohana Silva Carmona², Román Ballesteros Redondo¹, Natalia Valero Montalvo¹, Saúl de Burgos González², Ander Ezkurra Altuna² y Nerea Ormaechea Pérez¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Donostia-San Sebastián.

Introducción

El acantoma de células claras es un tumor epidérmico benigno, idiopático, habitualmente único y localizado en piernas de personas de edad media-avanzada. Suele presentarse como una pápula rojiza bien delimitada de 5-20mm de diámetro, asintomática, de crecimiento lento, con un collarite descamativo periférico y una superficie descamativa con punteado vascular. Dermatoscópicamente pueden observarse estructuras vasculares dispuestas "en collar de perlas". Su histología es diagnóstica, mostrando un área bien delimitada de hiperplasia psoriasiforme donde los queratinocitos presentan citoplasma pálido por depósitos de glucógeno que tiñen con ácido peryódico de Schiff (PAS+).

Caso clínico

Varón de 56 años que presentaba lesiones en piernas con extensión a muslos durante cuatro años de evolución. A la exploración física se observaban múltiples pápulas eritematosas de 5-20mm, con puntos eritematosos vasculares al dermatoscopio de distribución lineal en collar de perlas. Se tomó una muestra para estudio anatomopatológico, resultando compatible con acantoma de células claras. Se realizó crioterapia de la lesión mayor sin obtener cambios. Dado que el único síntoma consistía en prurito ocasional, se indicó consultar ante molestias para valorar cirugía o crioterapia.

Conclusiones

El acantoma de células claras múltiples es una patología infrecuente que debe sospecharse ante la aparición paulatina de pápulas eritematosas en piernas con dermatoscopia característica. Suelen tratarse de casos esporádicos, cuyo curso es benigno con aparición progresiva de lesiones sin que se haya descrito transformación maligna. El diagnóstico de certeza es histológico. La crioterapia puede intentarse como tratamiento debido a su bajo coste y fácil ejecución.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

DIAGNÓSTICO BAJO EL OCASO: UN CASO DE XANTOGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE

Irene Arévalo Ortega¹, Nekane Martínez Peña¹, Isabel Gainza Apraiz¹, Mikel Meruelo Ruano², Juan Luis Artola Igarza¹, Rosa Izu Beloso¹ del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto y (2)Servicio de Dermatología del Hospital de Mendaro.

Introducción

El xantogranuloma juvenil (XGJ) constituye la forma más común de histiocitosis de células no Langerhans (HCNL). Se manifiesta principalmente en la edad pediátrica (64% antes de los 7 meses) con una prevalencia estimada de 1 por millón de niños. La clínica consiste en pápulas o nódulos eritemato-amarillentos únicos o múltiples (de 2-3 a más de 100) ubicados predominantemente en cabeza y cuello con patrón dermatoscópico típico en "sol poniente". El compromiso extracutáneo, aunque infrecuente, suele afectar principalmente a nivel ocular, en casos de XGJ múltiples.

Metodología

Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Caso clínico

Una lactante de 8 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, es remitida por aparición de múltiples pápulas firmes, de superficie lisa y color anaranjado en región facial, cuero cabelludo y tronco superior, de dos meses de evolución. El estudio histológico de una de las pápulas mostró una celularidad grande con citoplasma amplio eosinófilo y ocasionalmente microvacuolar, con inmunohistoquímica positiva para CD68, y células multinucleadas tipo Touton, confirmado el diagnóstico de sospecha de XGJ múltiples. Presentaba además una mancha café con leche (MCCL) aislada en abdomen. La exploración oftalmológica y neurológica fueron anodinas. En la analítica sanguínea presentó una elevación transitoria de la fosfatasa alcalina y anemia ferropénica, sin otros hallazgos significativos. Dada la extensión del cuadro cutáneo, se solicitaron una ecografía abdominal y radiografías simples de cráneo y tórax para descartar afectación sistémica sin hallazgos relevantes.

Discusión y conclusiones

Presentamos el caso de una lactante con XGJ múltiples, sin compromiso extracutáneo detectado hasta la fecha. Dado el carácter generalmente benigno y autorresolutivo del XGJ, se tomó una actitud expectante. Las lesiones cutáneas múltiples pueden asociar compromiso sistémico, siendo más frecuente el ocular, que se afecta en el 0'24% de los casos. La presencia de 2 o más XGJ cutáneos, la aparición temprana (< 2 años) y la forma micronodular cutánea se han sugerido como factores de riesgo para esta afectación. El XGJ sistémico es muy infrecuente y suele presentarse con múltiples nódulos cutáneos y/o subcutáneos con compromiso de 2 o más vísceras. En presencia de múltiples XGJ se recomienda realizar un examen físico meticuloso y pruebas complementarias dirigidas en función de los hallazgos clínicos. La latencia del compromiso sistémico puede ser de meses a años, por lo que un estudio negativo basal no excluye la posible afectación posterior y se recomienda repetir el estudio diagnóstico durante el seguimiento.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

HAMARTOMA NEUROCRÍSTICO Y MELANOMA EN EL SENO DE UN NEVUS MELANOCÍTICO CONGÉNITO GIGANTE

Nekane Martínez Peña, Irene Arévalo Ortega, Ane Lobato Izagirre, Leire Aguirrezabal Marcotegui, Goikoane Cancho Galán, Ana Sánchez Díez y Rosa Izu Belloso del Servicio de Dermatología y del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción

Los nevus melanocíticos congénitos (NMC) son proliferaciones benignas de células melanocíticas que están presentes al nacimiento. Se clasifican en función de su tamaño, siendo los NMC gigantes (NMCG) (>40 cm) infrecuentes (1/20,000 nacimientos). A menudo se asocian con múltiples nevus satélite y pueden desarrollar lesiones nodulares benignas o malignas en su interior.

Caso clínico

Varón de 57 años que presentaba un NMCG en muslo y zona lumbosacra izquierda con más de 100 nevus satélite por el cual nunca había realizado seguimiento. Fue remitido a nuestras consultas por diagnóstico de melanoma maligno (MM) tras la exéresis de un nódulo paratesticular izquierdo de 3.2 cm. Se trataba de una lesión de más de 15 años de evolución que había presentado cambios en su consistencia. A la exploración física destacaban dos lesiones nodulares glúteas sobre el NMCG, que fueron biopsiadas. Se objetivaron varios tejidos de aspecto maduro: adiposo (S100), neural (S100 y GFAP) y melanocítico (S100, HMB45 y Melan-A), junto con células sustentculares CD34 positivas; realizándose el diagnóstico de hamartomas neurocrísticos cutáneos (HNC). Se realizó un estudio de extensión mediante PET-TAC, RMN cerebral y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) resultando todos negativos.

Discusión y conclusiones

Los hamartomas neurocrísticos cutáneos (HNC) son tumores benignos infrecuentes. El término clásico "neurocristopatía" hace referencia al grupo de patologías que se producen como consecuencia de alteraciones en la migración, crecimiento y/o diferenciación de las células de la cresta neural. Tanto los NMC como los HNC representan una displasia neurocristica, pudiendo aparecer los HNC proliferativos en el seno de los NMC. Es importante conocer esta entidad debido a su comportamiento biológico, ya que se ha descrito la malignización del componente melanocítico.

Palabra clave

Nevus melanocítico congénito (NMC), melanoma maligno (MM).



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

ACTINOMICOSIS DEL DORSO DE LA MANO: LO RARO DE LO RARO

Mikel Meruelo Ruano¹, Leopoldo Fernández Domper¹, Juana María Rodríguez González², Jurvist Rodríguez Blandon³, Miguel Zaldúa Arrese³, Jose Manuel Oleaga Morante³ y Rosa María Izu Belloso³ del (1)Servicio de Dermatología, (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Mendara y (3)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto.

Introducción

La actinomicosis es una rara infección bacteriana caracterizada por la formación de abscesos supurativos, inflamación granulomatosa y fístulas. El agente causal más común es *Actinomyces israelii*, un actinomiceto grampositivo, anaerobio o microaerófilo y no acidorresistente. Se han descrito 5 formas de actinomicosis, siendo la primaria cutánea la más infrecuente y representando todo un desafío diagnóstico.

Material y métodos

Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Caso clínico

Varón de 77 años que consulta por una placa violácea no indurada de 4 cm con zonas costrosas en superficie en dorso de mano derecha de 3 meses de evolución. En una primera biopsia tan solo se observaron cambios epiteliales sugestivos de hiperplasia pseudoepiteliomatosa. El cultivo microbiológico fue negativo. Se realizó una segunda biopsia en la que se evidenció la presencia de un área abscesificada con agregados basófilos de flora microbiana de patrón filamentoso, sugestivo de actinomicosis. Se realizaron cultivos guiados con aislamiento de *Actinomyces israelii*. La resonancia magnética evidenció la presencia de afectación del tejido celular subcutáneo sin extensión a planos profundos, por lo que se decidió tratamiento con ceftriaxona intravenosa 2 meses y posteriormente amoxicilina oral 12 meses.

Discusión y conclusiones

Actinomyces israelii forma parte de la flora normal de la cavidad bucal por lo que la actinomicosis primaria cutánea es rara debido al hábitat exclusivamente endógeno del microorganismo. El diagnóstico diferencial incluye otras infecciones por bacterias (micetoma actinomicótico por *Nocardia*), micobacterias, tiñas profundas e incluso neoplasias malignas. En nuestro caso, los análisis microbiológicos e histológicos permitieron el diagnóstico y tras un tratamiento antibiótico prolongado el paciente presenta resolución de la lesión en 6 meses. Por lo tanto, es importante considerar la actinomicosis como un diagnóstico diferencial en pacientes con placas o lesiones nodulares supurativas.

Palabras clave

Infección bacteriana; diagnóstico.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

MELANOMA CUTÁNEO Y COROIDEO: LA INUSUAL ASOCIACIÓN DE DOS TUMORES PRIMARIOS EN DOS PACIENTES

Manuel Pascual Ares, Nerea Agesta Sánchez, Salomé Álvarez Sánchez, Belén Navajas Pinedo, Joseba Ugedo Alzaga, Rebeca Pérez Blasco e Izaskun Ocerin Guerra del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Cruces.

Antecedentes

El melanoma es una neoplasia maligna derivada de los melanocitos. Principalmente, son de origen cutáneo; sin embargo, estos tumores también pueden afectar a mucosas como la oral o conjuntiva, al tracto uveal o a las meninges. Los melanomas oculares representan aproximadamente el 5% de todos los melanomas de los cuales el 95% afectan a la úvea. Su localización más frecuente es la coroidea que representa hasta un 80% del total, seguida del cuerpo ciliar e iris.

Estos melanomas oculares difieren tanto nivel etiopatogénico como tratamiento. Recientemente, se ha descubierto la relación de la mutación BAP1 con síndromes de predisposición a tumores que incluyen melanomas cutáneos y uveales.

Métodos

Presentamos dos casos clínicos. El primero se trata de un varón de 70 años con antecedentes de melanoma cutáneo con Breslow 1, 3 en la espalda, intervenido en enero de 2014. Siguió controles periódicos hasta 2018 sin complicaciones. Acudió en mayo de 2021 a urgencias de oftalmología donde se le diagnosticó un melanoma coroideo primario y se decidió tratamiento con braquiterapia episcleral con buena evolución.

El segundo caso se trata de otro varón de 74 años al que se le extirpó un melanoma in situ en el codo y, un año más tarde, fue diagnosticado de un melanoma coroideo en ojo izquierdo tratado de forma satisfactoria con braquiterapia. El estudio germinal de BAP1 en ambos pacientes fue negativo.

Conclusiones

El melanoma cutáneo y el melanoma uveal son dos tumores que difieren tanto en etiopatogenia como en manejo y pronóstico. El melanoma uveal es una patología poco frecuente con una incidencia de entre 5 y 7 casos por millón de personas. El riesgo a lo largo de la vida de padecer un melanoma cutáneo primario adicional es de 2,9%, algo superior al 1% de riesgo de la población general.

La presentación de dos melanomas primarios, siendo uno cutáneo y, posteriormente, otro de origen uveal en el mismo paciente es algo extremadamente infrecuente.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE LA SARNA

Bárbara Lada Colunga, Laura Blanch Rius, Cristina Gómez Bringa, Amaia de Mariscal Polo, Jaime González del Tánago y Rosa Izu Belloso del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto.

Introducción

La escabiosis es una infestación cutánea causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis. Actualmente en nuestro país existen varias hipótesis que apoyan el aumento tanto de casos de esta enfermedad, así como de presentaciones atípicas y fracasos terapéuticos.

Material y métodos

Exposición de casos clínicos y revisión de la literatura.

Resultados

La clave diagnóstica de la sarna está bien definida por un signo específico como es el surco acarino. Sin embargo, no siempre es posible visualizarlo, tanto por el bajo número de surcos, como por el enmascaramiento de estos, secundario a la excoriación. Actualmente están surgiendo nuevas técnicas diagnósticas con una alta especificidad. El principal inconveniente que presentan es el elevado precio y, por tanto, la falta de accesibilidad.

Proponemos como alternativa diagnóstica la lámpara de luz de Wood, método inocuo, rápido y barato. El uso de la luz de Wood como medida complementaria en el paciente con sospecha de escabiosis podría reportar una mayor eficiencia en la exploración física y por tanto un diagnóstico más certero.

Discusión y conclusiones

El contexto epidemiológico actual de la sarna nos advierte de la necesidad de impulsar mejoras en la cobertura de esta enfermedad, desde su diagnóstico hasta su tratamiento. La lámpara de luz de Wood podría suponer un cambio en el paradigma diagnóstico, especialmente en aquellos casos en los que existan dudas o en formas paucisintomáticas.

Palabras clave

Infestación



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

SARCOIDOSIS CUTÁNEA: PRESENTACIÓN HISTOLÓGICA ATÍPICA

Jurvist Stee Rodríguez Blandón, Bárbara Lada Colunga, Leopoldo Fernández Domper, Silvia Pérez Barrios, Marc Juliá Manresa y Rosa Izu Belloso del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Basurto.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que puede afectar cualquier órgano, incluida la piel, donde su presentación clínica puede ser variable, sin embargo, su histología suele ser constante y característicamente sin necrosis. No obstante, se pueden encontrar hallazgos histológicos atípicos que dificultan el diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 44 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, consulta por lesiones cutáneas crónicas y asintomáticas en el polo cefálico y hombro izquierdo. La paciente había sido tratada previamente con corticoides tópicos sin mejoría. A la exploración física se observan pápulo-placas eritematosas, infiltradas al tacto, algunas erosionadas. La biopsia cutánea revela granulomas necrotizantes. En la radiografía de tórax, se observan adenopatías hiliares cuya histología muestra granulomas no caseificantes. Los demás estudios descartan patología infecciosa y tumoral. Basado en estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de sarcoidosis cutánea con compromiso sistémico. Por deseo gestacional de la paciente se mantiene tratamiento local.

Conclusiones

Una de las principales características histológicas de los granulomas sarcoides es la ausencia de necrosis; sin embargo, hay casos donde se puede encontrar necrosis u otros hallazgos atípicos, siendo obligatorio descartar otras patologías, especialmente las infecciosas. El abordaje multidisciplinario con dermatólogos, neumólogos y otros especialistas es fundamental para optimizar los resultados clínicos en pacientes con sarcoidosis.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR BAJO UNA ONICODISTROFIA?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Deiane Marcos Muñagorri, Ana Morelló, Inés Oteiza, Elisa Gómez, Ane Carrera y María Pilar Gil del Servicio de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra.

Introducción

La onicodistrofia es una alteración del aparato ungueal producida por diversas causas. Entre las más frecuentes se encuentran las infecciones fúngicas, traumatismos, enfermedades sistémicas y trastornos nutricionales. Los tumores ungueales producen onicodistrofia con menor frecuencia, siendo los más prevalentes el carcinoma escamoso y el melanoma, y en menor medida los tumores benignos como el onicomatricoma y el fibromixoma acral superficial.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 69 años con lesión ungueal de años de evolución sin antecedente de traumatismo previo en la zona. A la exploración muestra una distrofia ungueal con discromía, abombamiento de la lámina y hundimiento longitudinal central. Tras el levantamiento de la lámina ungueal, se observa una tumoración blanquecina de consistencia fibrosa y bien delimitada que abarca la matriz ungueal y parte del lecho. El análisis histopatológico revela depósitos de mucina asociados a fibroblastos estrellados a nivel del tejido conectivo subyacente. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para vimentina y negatividad para EMA, SOX10, S100, CD68 y CD34. Dichos hallazgos son compatibles con un fibromixoma acral superficial.

Discusión y conclusiones

El fibromixoma acral es una neoplasia benigna de tejidos blandos poco común que suele afectar a los dedos de las manos y los pies, así como al aparato ungueal. Generalmente, es asintomático o levemente doloroso, de crecimiento lento. Histológicamente se caracteriza por células fusiformes sobre un estroma fibroso o mixoide. Las células tumorales suelen ser positivas para CD34, aunque se han descrito casos con marcadores negativos.

Es importante conocer los diferentes tumores ungueales capaces de producir una onicodistrofia para así realizar un adecuado manejo y tratamiento.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

LESIONES CUTÁNEAS CON INFILTRADO CD123 EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA

Alejandro Tomás Esteban Escudero¹, Sara Pilar Martínez Cisneros¹, Mary Carolina Antonetti Roso¹, Sergio García González¹, Jose González Fernandez¹, Paula Soto Revuelta¹, Mar García García², Clara Cabañuz Rocatalada², Lucía Prieto Torres¹ y Mariano Ara Martín¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Lozano Blesa.

Introducción

Presentamos el caso de una paciente de 87 años, con antecedente leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) que tras biopsia de lesiones cutáneas fue diagnosticada de dermatosis de células dendríticas plasmocitoides (CDP).

Material y métodos

Descripción de un caso clínico. Revisión de la literatura.

Caso clínico

Mujer de 87 años con diagnóstico de LMMC estable con tratamiento quimioterápico. Acude por lesiones pruriginosas en tronco, anulares de borde eritematoso. La biopsia mostró un infiltrado linfohistiocitario perivascular con epidermotropismo, y numerosos elementos CD123 positivos, siendo los hallazgos compatibles con una dermatosis de CDP en el contexto de LMMC. Se instauró tratamiento con corticoides tópicos y las lesiones desaparecieron completamente. No fue posible extraer ADN para realizar estudio molecular.

Discusión

La LMMC es una neoplasia mielóide que cursa con monocitosis y predispone con frecuencia a lesiones cutáneas. Estas pueden ser: o bien reactivas, como las dermatosis neutrofilicas, o bien específicas si en ellas aparecen las células tumorales. Lo segundo puede confirmarse de manera definitiva si las células del infiltrado cutáneo presentan las mismas mutaciones que las células neoplásicas, realizando estudio molecular. Dentro de las dermatosis específicas, se han descrito varios grupos según las células implicadas: células mielomonocíticas, blásticas, o CDP. Los tumores o dermatosis de CDP suelen presentar erupciones con pápulas eritematosas pruriginosas, y suelen resolverse por sí mismas o con tratamiento corticoideo, aunque se ha sugerido que presagian progresión de la patología hematológica. Estas células se identifican por ser CD123+, aunque pueden ser necesarias otras tinciones.

Conclusiones

Ante un paciente con erupción cutánea con infiltrado CD123+ debemos descartar neoplasia hematológica subyacente, pensando en dermatosis de CDP, que puede asociarse a síndromes mielodisplásicos como la LMMC.

Palabras clave

Síndromes mielodisplásicos, Células dendríticas plasmocitoides.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

CELULITIS POR FUSARIUM EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

Paula Soto Revuelta¹, José González Fernández¹, Sara Martínez Cisneros¹, Alejandro Tomas Esteban Escudero¹, Sergio García González¹, Mary Carolina Antonetti Roso², Mar García García¹, Sonia de La Fuente Meira¹, Mariano Ara Martín¹ del (1)Servicio de Dermatología y (2)Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

Fusarium es un género de hongos de distribución universal que pueden producir una gran variedad de infecciones principalmente en individuos inmunodeprimidos. Se presenta el caso de una infección cutánea por *Fusarium solani* en una paciente con antecedentes de leucemia mieloblástica aguda (LMA).

Caso clínico

Mujer de 71 años diagnosticada de LMA en tratamiento con azacitidina que ingresa por sospecha de celulitis bacteriana de la extremidad inferior izquierda con mala respuesta a tratamiento empírico con levofloxacino y cloxacilina. Se realizó analítica (Leucocitos: 1,4 mil/mm³, Neutrófilos: 0%) y se inició tratamiento con meropenem y daptomicina.

A la exploración presentaba en falange proximal del primer dedo del pie izquierdo lesión costrosa de gran tamaño, dejando una úlcera tras la desbridación. Se tomaron muestras para cultivo y se comenzaron curas con iruxol y ácido fusídico. Dada la profundidad de la úlcera, se realizó una radiografía que descartó osteomielitis.

En el cultivo se aisló *Fusarium solani* por lo que se inició tratamiento con anfotericina B liposomal intravenosa. Se realizó una biopsia donde se observaron numerosas hifas tabicadas ramificadas a 45°. Además, se solicitó un TAC de tórax que mostró afectación alveolar y derrame pleural bilateral.

Tras dos semanas de tratamiento con mala evolución fue valorada por traumatología que realizó desbridamiento quirúrgico. Tras una lenta mejoría la paciente continuó tratamiento domiciliario con voriconazol y levofloxacino hasta resolución completa.

Discusión

Las infecciones por *Fusarium* tienen un espectro amplio de presentación que dependen en gran medida del estado inmunitario del paciente. Para hacer el diagnóstico definitivo es imprescindible la identificación mediante cultivo, ya que clínica e histológicamente la fusariosis y la aspergilosis son prácticamente indistinguibles. Dada la rápida progresión de la infección, con este caso destacamos la importancia de iniciar el tratamiento de forma precoz, siendo la anfotericina B liposomal el antifúngico de elección.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
LOGROÑO | 12 y 13 de abril de 2024 |

PÓSTER

ELASTOSIS PERFORANTE SERPIGINOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza, Amaia Larumbe Irurzun, Miriam Fernández Parrado, Clara Miguel Miguel, Paula Rodríguez Jiménez y Juan Ignacio Yanguas Bayona del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Navarra.

Introducción

La elastosis perforante serpiginosa (EPS) es una dermatosis infrecuente que pertenece al grupo de las dermatosis perforantes primarias. Se han descrito tres formas, y en una parte importante de los casos se asocia a diversos síndromes como el de Down.

Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 23 años con síndrome de Down, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina y alopecia areata en placas. Presenta desde hace más de 5 años unas placas marrones con centro atrófico marrón claro con pápulas más oscuras en la periferia localizadas en brazos y piernas. El 11/9/23 se realizó una biopsia, confirmándose el diagnóstico de EPS. En un primer momento se estableció tratamiento con corticoide tópico y actualmente lleva asociado calcipotriol, con buen control de la sintomatología.

Discusión

La EPS es una entidad que se presenta como pápulas centradas por un tapón de queratina y se disponen en placas anulares o serpiginosas con centro atrófico. Típicamente aparecen en cara, cuello y miembros superiores. En su patogenia se postula un aumento de producción de fibras elásticas alteradas, que desencadenan una reacción inflamatoria y la consiguiente eliminación transepitelial de estas fibras, junto con células epiteliales degeneradas. Es una condición benigna generalmente asintomática y entre las terapias que se han demostrado útiles se encuentra la crioterapia, los corticoides tópicos e intralesionales, los agentes queratolíticos y el láser de CO₂.

Conclusiones

Presentamos un nuevo caso de EPS en un varón con síndrome de Down con buena respuesta a tratamiento tópico.

PLATINO



ORO



PLATA



BRONCE



SECRETARÍA TÉCNICA CONGRESOS AEDV

Academia Española de Dermatología y Venereología

C/ Ferraz, 100 - 1º Izq. 28008 Madrid

T. 902 102 976 reunionvnr@congresoaedv.org

Secretaría gestionada por **cyex** | *el congreso que imaginas*

