



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

**Reunión de la Sección
Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española
de Dermatología y Venereología
San Sebastián | 4 y 5 de abril de 2025 |**



Patrocinador Platino





ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

**Reunión Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología**
HOTEL NH COLLECTION ARANZAZU
San Sebastián, 4 y 5 de abril de 2025

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
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE Y FECHAS

4 y 5 de abril 2025

HOTEL NH COLLECTION ARANZAZU

Vitoria Gasteiz 1, 20018 Donostia - San Sebastián

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: reunionvnr@congresoaedv.org

Secretaría gestionada por Cyex Congress Services

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

24 de febrero de 2025

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
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

VIERNES 4 DE ABRIL

PROGRAMA

10:15 - 10:30 h. **APERTURA REUNIÓN. Nerea Ormaechea Pérez / M^a Asunción Arregui Murua**
Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

10:30 - 11:35 h. **COMUNICACIONES ORALES 1. Moderadoras: Nerea Ormaechea Pérez / M^a Asunción Arregui Murua.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

10:30 h.
Pág. 10

Resultados de la cirugía micrográfica de Mohs en el Hospital Universitario Araba: Nuestra experiencia durante los últimos 5 años. Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Lucía Carnero González(1), Izaskun Trébol Urra(1), Javier Gimeno Castillo(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Sofía Goula Fernández(1), Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Univ. Araba, Vitoria-Gasteiz

10:38 h.
Pág. 11

Colgajo mucomiocutáneo en reconstrucción de defectos de labio inferior. Marina López de Dicastillo Cía(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Maialen Azcona Rodríguez(1), Raquel Santesteban Muruzábal(1), Berta Bonaut Iriarte(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de (1)S. de Dermatología. Hospital Univ. de Navarra, Pamplona

10:46 h.
Pág. 12

Carcinoma ecrico siringoide de células claras: una neoplasia anexial cutánea maligna de difícil manejo: presentación de dos casos clínicos. Coral Alejandra Garrido Báez(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Isabel Jorques Belda(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra del Departamento de Dermatología, Pamplona

10:54 h.
Pág. 13

Enfermedad de Paget extramamaria extensa, presentación de un caso. Nekane Martínez Peña(1), Bárbara Lada Colunga(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandón(1), Isabel Gainza Apraiz(1), Ana Sánchez Díez(1), Carla Valenti Ponsa(2), Leire Aguirrezabal Marcotegui(2) y Rosa María Izu Belloso(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto

11:02 h.
Pág. 14

Telangiectasias, anasarca y síndrome de la cola de caballo: la clave está en la piel. Rosa M^a Escribano de la Torre(1), Amaia Barrutia Etxebarria(1), Andrea Berrueta Navascueces(1), Itziar Arrue Michelena(1), Amaia Sáenz Aguirre(1), Irene García Río(1), Mihaela Madalina Buda Buda(2), Ricardo González Pérez(1) del S. de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Univ. Araba

11:10 h.
Pág. 15

Carcinoma de células de merkel subcutáneo: una presentación atípica de un tumor neuroendocrino agresivo y poco frecuente. Ane Carrera Gabilondo(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques Belda(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) de (1)Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

11:18 h.
Pág. 16

Serie de casos de carcinoma escamoso cutáneo avanzado en tratamiento con pembrolizumab. Clara Miguel Miguel(1), Amaya Sádaba Martínez(2), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López de Dicastillo Cía(1), Maialen Azcona Rodríguez(1), Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Oncología Médica. Hospital Universitario de Navarra

11:26 h.
Pág. 17

Eventos adversos inmunomediados en el tratamiento de tumores avanzados, ¿Continuar, suspender o reintroducir la terapia? Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López de Dicastillo Cía(1), Virginia Arrazubi Arrula(2), Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de S. de (1)Dermatología y (2)Oncología. Hospital Univ. de Navarra

11:35 - 12:05 h. PAUSA CAFÉ



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

VIERNES 4 DE ABRIL

PROGRAMA

12:05 - 13:10 h.

COMUNICACIONES ORALES 2. Moderadoras: **Clara Rodríguez Caruncho / Miren Marquina Iñarrairaegui.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

12:05 h.
Pág. 19

Un hongo disfrazado de melasma: diagnóstico diferencial de hiperpigmentación

facial. José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), María Evangelina Pablo Hernando(2), Lucía Prieto Torres(1), Mariano Ara Martín(1) de Servicio de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y (2)Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

12:13 h.
Pág. 20

Aspergilosis diseminada con afectación cutánea en paciente oncológico. Alberto García García(1), Olatz Lasa Elgezua(1), Irati Allende Markixana(1), Marta Mendieta Eckert(1), María Nerea Agesta Sánchez(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Begoña Udondo González del Tanago(1), Elena Bereciartua Bastarrica(2) del S de (1)Dermatología y (2)Enfermedades Infecciosas. Hospital Univ. Cruces

12:21 h.
Pág. 21

Erupción mucocutánea infecciosa reactiva: una serie de tres casos en el hospital

universitario cruces, presentación clínica y manejo multidisciplinar. Xabier Atxutegi Ayesta(1), Olatz Lasa Elgezua(1), María Rosario González-Hermosa(1), Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte(1), Verónica Velasco Benito(2), Rebeca Pérez Blasco(1), Alberto García García(1) y Belén Navajas Pinedo(1) del(1) de S. de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Univ. Cruces

12:29 h.
Pág. 22

Presentaciones atípicas de infecciones por virus herpes humano en pacientes inmunodeprimidos. Isabel Jorques Belda(1) , Inés Oteiza Rius(1) , Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabilindo(1), Coral Alejandra Garrido Baez(1), Agustín España Alonso(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra

12:37 h.
Pág. 23

Cuando las úlceras en mucosa oral no curan: un desafío diagnóstico en un adolescente.

Aida Aramburu González(1), Ana María Martínez de Salinas Quintana(1), Irune Méndez Maestro(1), Sara Esteban Terradillos(1), Begoña Ramos Bareño(1), Lander Peña Merino(1), Marta Rubio Lombrana(1), Caridad Inmaculada Maíllo Conesa(1), María Rosario González Hermosa(2), Jose María Villa González(2), Gorka Muñiz Unamunzaga(3) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Urduliz, (2)Servicio de Dermatología y (3)Anatomía Patológica del Hospital Univ. Cruces

12:45 h.
Pág. 24

Un amor ciego. Sergio García González(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), José Asensio Gómez(1), Javier Soro Miranda(1), Victoria Lezcano Biosca(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

12:53 h.
Pág. 25

Lesiones urticariformes en paciente con fiebre de origen desconocido. Iranzu Barandika Urrutia(1), Itziar Muelas Rives(1), Andrés Ederra Galé(1), Mariana Claudia Matei(1), Ana María Morales Callaghan(1), Tamara Gracia Cazaña(1), María del Carmen Gómez Mateo(2), Ignacio Hernández Aragües(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1) de Departamento de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

13:01 h.
Pág. 26

Edema labial: diagnóstico diferencial a través de tres casos clínicos. Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Sonia de la Fuente Meira(1), Andrea Montes Torres(1), Mar García García(2), Mariano Ara Martín(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2) Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

VIERNES 4 DE ABRIL

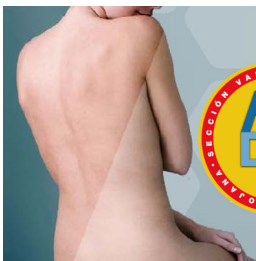
PROGRAMA

- 13:10 - 13:30 h. LECTURA PÓSTERES Y SELECCIÓN PARA DEFENSA AL DÍA SIGUIENTE**
Íñigo Martínez de Espronceda. Hospital San Pedro de Logroño / **Nerea Ormaechea Pérez** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)
- 13:30 - 15:30 h. ALMUERZO HOTEL NH COLLECTION ARANAZU**
- 15:30 - 17:00 h. CASOS QUE MÁS ME HAN ENSEÑADO.** Moderadores: **Nerea Ormaechea Pérez / Román Ballesteros Redondo.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)
- 15:30 - 15:45 h. **Caso 1. Marcial Álvarez Salafranca.** Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- 15:45 - 16:00 h. **Caso 2. Leire Loidi Pascual.** Hospital Universitario de Navarra
- 16:00 - 16:15 h. **Caso 3. José Luis Díaz-Ramón.** Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo
- 16:15 - 16:30 h. **Caso 4. Jaime González del Tanago Diago.** Hospital Universitario de Basurto, Bilbao
- 16:30 - 16:45 h. **Caso 5. Javier Gimeno Castillo.** Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz
- 16:45 - 17:00 h. **Discusión**
- 17:00 - 17:30 h. PAUSA CAFÉ**
- 17:30 - 18:15 h. CHARLA MAGISTRAL. NUEVAS FRONTERAS EN LA COMPRESIÓN Y ABORDAJE DE LA ROSÁCEA.** Moderadores: **Íñigo Martínez de Espronceda.** Hospital San Pedro de Logroño / **Nerea Ormaechea Pérez** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)
- 17:30 - 18:00 h. **Cristina Eguren Michelena.** Clínica Eguren Dermatología y Estética, Madrid
- 18:00 - 18:15 h. **Discusión**
- 18:15 - 19:00 h. ASAMBLEA**
Íñigo Martínez de Espronceda. Presidente de la SVNAR
Verónica de Diego Pericas. Secretaria de la SVNAR
- 19:00 - 20:00 h. IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE, DERMATITIS ATÓPICA SEVERA O HIDRADENITIS SUPURATIVA EN EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS**
Íñigo Martínez de Espronceda. Hospital San Pedro de Logroño
- 21:00 - 23:30 h. CENA OFICIAL DE LA REUNIÓN**

SÁBADO 5 DE ABRIL

PROGRAMA

- 10:00 - 10:15 h. EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS BECADOS EN LA REUNIÓN SVNAR PREVIA**
Presentación: **Peru Urigoitia Ugalde.** Hospital Bidasoa, Guipúzcoa / **Ingrid Hiltun Cabredo.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)
- 10:15 - 10:30 h. DEFENSA DE PÓSTERES SELECCIONADOS**
Moderadoras: **Peru Urigoitia Ugalde.** Hospital Bidasoa, Guipúzcoa / **Ingrid Hiltun Cabredo.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

SÁBADO 5 DE ABRIL

PROGRAMA

10:30 - 11:35 h.

COMUNICACIONES ORALES 3. Moderadoras: **Peru Urigoitia Ugalde.** Hospital Bidasoa, Guipúzcoa / **Ingrid Hiltun Cabredo.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

10:30 h.
Pág. 28

Un vitiligo inesperado. Begoña Ramos Bareño(1), Sara Esteban Terradillos(1), Lander Peña Merino(1) y Ana Martínez de Salinas (1) del (1)Hospital de Urduliz- Servicio de Dermatología

10:38 h.
Pág. 29

Lupus cutáneo subagudo: cuando lo convencional no es suficiente. Bárbara Lada Colunga(1), Iñigo Sánchez Benítez(1), Irene Arévalo Ortega(1), Ane Lobato Agirre(1), Leopoldo Domper(1) y R. Izu Beloso(1) de (1)Hospital Universitario Basurto Servicio de Dermatología

10:46 h.
Pág. 30

Síndrome VEXAS. Revisión y presentación de 4 casos. Román Ballesteros Redondo(1), Arantxa López Pestaña(1), Iñigo Aranguren López(1), Peru Urigoitia Ugalde(2), Deborah Ximena Ugas Burrenca(3), Natalia Valero Montalvo(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Nerea Ormaetxea Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, (2)Servicio de Dermatología, Hospital Bidasoa y (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia

10:54 h.
Pág. 31

Eczema Area and Severity Index: concordancia interobservador en pacientes con dermatitis atópica. Jose M^a Villa-González(1), M^a Rosario González-Hermosa(1), Joseba Ugedo Alzaga(1), Patricia Andrés Ibarrola(1), Manuel Pascual Ares(1), Salomé Álvarez Sánchez(1), Borja Santos-Zorroza(2), Juan Antonio Ratón Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Cruces, S. de Dermatología y (2)Biobizkaia, Plataforma de Bioinformática, Bioestadística y Sistemas de Información

11:02 h.
Pág. 32

No es lo que parece. Iván Vázquez Calo(1), Ester Moreno Artero(1), Ana Orbea Sopena(1), Jon Ander Yagüe Barcia(1), Iris Vicente Sánchez(1), Fernando Pulgar Martín(1), Nerea González Romero(1), Maider Pretel Irazábal(1), Ana Arechalde Pérez(1), Victoria Morillo Montañés(1), José Luis Rodríguez Peralto(2) del (1)Hospital Universitario Galdakao-Usansolo Servicio de Dermatología y (2)Hospital Universitario 12 de Octubre-Servicio de Anatomía Patológica

11:10 h.
Pág. 33

Hemangioma infantil de crecimiento mínimo o detenido: presentación de dos casos clínicos. Juan José García Alfonso(1), Andrés Ederra Galé(1), Manuel Almenara Blasco(1), Isabel Bernad Alonso(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Iranzu Barandika Urrutia(1), Laura Bernal Masferrer(1), Neus Martínez Arnau(2), Yolanda Gilaberte Calzada(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

11:18 h.
Pág. 34

“Cosas de hermanos”: oncodistrofia y nefropatía. Patricia Andrés Ibarrola(1), Jose María Villa González(1), Irati Irizar Aguirre(1), Elvira Acebo Mariñas(1), Juan Antonio Ratón Nieto(1), José Luis Díaz Ramón(1), Laura Santos-Díez Vázquez(2), María Rosario González Hermosa(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Alergología. Hospital Universitario Cruces

11:26 h.
Pág. 35

La papulosis linfomatoide puede venir acompañada. Rebeca Pérez Blasco(1), Manuel Pascual Ares(1), Xabier Mirena Eizaguirre de Uriarte(1), Izaskun Ocerin Guerra(1), José Luis Díaz Ramón(1), Verónica Velasco Benito(2) y Elvira Acebo Mariñas(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces

11:35 - 12:00 h.

PAUSA CAFÉ

12:00 - 13:00 h.

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS. Moderadores: **Nerea Ormaetxea Pérez.** Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa) / **Aitor de Vicente Aguirre.** Policlínica Guipuzkoa, San Sebastián
Ponente: **Román Ballesteros Redondo.** Hospital Univ. Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa)

13:00 - 13:15 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
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Resultados de la cirugía micrográfica de Mohs en el Hospital Universitario Araba: Nuestra experiencia durante los últimos 5 años

Amaia Barrutia Etxebarria(1), Jone López Martínez(1), Lucía Carnero González(1), Izaskun Trébol Urra(1), Javier Gimeno Castillo(1), Andrea Berrueta Navascues(1), Sofía Goula Fernández(1), Ricardo González Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz

Introducción

La cirugía micrográfica de Mohs (MMS) es una técnica quirúrgica especializada en la extirpación de tumores cutáneos que proporciona altas tasas de curación con la máxima preservación del tejido. La principal indicación son los carcinomas basocelulares de alto riesgo (los recidivantes, los de su tipo esclerodermiforme, infiltrativo, basoescomoso o micronodular, los de tamaño mayor a 2 cm y los de localización facial y auricular).

Material y método

El objetivo de este estudio es presentar los resultados de esta cirugía en pacientes operados durante los últimos cinco años en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Araba. Hemos realizado un estudio retrospectivo con datos recogidos de las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a MMS entre 2020 y 2024. Todas las cirugías fueron realizadas por una dermatóloga con asistencia de una dermatopatóloga.

Resultados

Realizamos un total de 124 MMS, siendo el 96% carcinomas basocelulares. El 98% eran de localización facial. El 55% de los tumores eran recidivantes (habían sido operados previamente). Las reconstrucciones más frecuentes fueron el colgajo (35%), el cierre directo (32%), el injerto (25%) o una combinación de varios de las anteriores. La tasa de recidiva fue del 0,04% durante 5 años de seguimiento y la tasa de complicaciones de un 2% (siendo lo más frecuente la dehiscencia de sutura y la infección de la herida quirúrgica).

Discusión y conclusiones

La tasa de recurrencia durante 5 años de seguimiento (0.04%) en nuestros pacientes ha sido inferior a la referida en estudios anteriores, siendo la tasa de complicaciones similar a lo publicado (2-3%).

En conclusión, nuestra serie corrobora que la MMS ofrece unas tasas de recurrencia más bajas para los tumores de alto riesgo, la máxima preservación del tejido en zonas cosmética y anatómicamente sensibles y la reconstrucción inmediata en la mayoría de los casos.



Colgajo mucomiocutáneo en reconstrucción de defectos de labio inferior

Marina López de Dicastillo Cia(1), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Maialen Azcona Rodríguez(1), Raquel Santesteban Muruzábal(1), Berta Bonaut Iriarte(1) y Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de (1)Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

Introducción

La reconstrucción de labio inferior es un desafío frecuente en cirugía dermatológica facial, especialmente cuando nos enfrentamos a defectos de gran tamaño. En estos casos, los colgajos mucomiocutáneos se presentan como una opción eficaz y segura. Esta técnica permite una restauración anatómica y funcional del labio, aprovechando tanto la piel como la mucosa y los músculos del área, lo que contribuye a una cobertura adecuada del defecto sin comprometer la movilidad ni la estética.

Material y métodos

Se presenta una serie de casos clínicos sobre defectos de labio inferior que son reconstruidos con colgajos de avance mucomiocutáneos.

Resultados

Se realiza una revisión de tumores de mucosa labial inferior reseca y reconstruidos. Todos los pacientes recuperaron una funcionalidad labial apropiada sin presentar microstomía. En cuanto al resultado estético, la restauración del contorno labial fue satisfactoria, sin evidenciar una asimetría marcada.

Discusión y conclusiones

Los colgajos mucomiocutáneos constituyen una alternativa idónea para la reconstrucción de defectos moderados o grandes del labio inferior, permitiendo la restauración tanto de su funcionalidad como de su apariencia estética en la mayoría de los casos.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Carcinoma ecino siringoide de células claras: una neoplasia anexial cutánea maligna de difícil manejo: presentación de dos casos clínicos

Coral Alejandra Garrido Báez(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Isabel Jorques Belda(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra del Departamento de Dermatología, Pamplona

Introducción

El carcinoma ecino siringoide de células claras (CES) es un tumor anexial de las glándulas ecinas infrecuente y agresivo. Clínicamente se presenta como una placa rosada, de bordes mal definidos, asintomática y localizada en cabeza y cuello. De crecimiento lento, presenta un comportamiento agresivo local, con invasión perineural y de tejidos profundos, siendo difícil la resección completa y existiendo riesgo de recidiva local.

Casos clínicos

Presentamos dos casos de CES. El primero es un varón de 47 años que acude por una placa rosada en región parietal izquierda de crecimiento progresivo en los últimos 3 años. El segundo es un varón de 75 años que consulta por una lesión eritematosa en región retroauricular izquierda de años de evolución.

En ambos casos, se realizó biopsia escisional con informe histológico con CES con afectación del borde profundo e infiltración perineural, por lo que se indicó extirpación por cirugía de Mohs con control de bordes en parafina. En el primer caso se reconstruyó el defecto mediante una plastia de transposición permaneciendo libre de enfermedad tras 4 años de seguimiento. En el segundo caso, debido a la afectación de periostio, se realizó fresado de la tabla externa y cobertura con un colgajo de fascia temporal, y posteriormente radioterapia adyuvante, permaneciendo en remisión 1 año después.

Discusión y conclusiones

El CES es una neoplasia cutánea que en la práctica clínica puede pasar inadvertida por su baja frecuencia y su clínica inespecífica. Debido a su agresividad y a su comportamiento infiltrante, un diagnóstico precoz y una extirpación temprana mediante cirugía de Mohs en parafina son fundamentales para disminuir la morbilidad y un mejor pronóstico.

Actualmente, no hay guías establecidas, pero se desaconseja el estudio del ganglio centinela y se propone radioterapia adyuvante tras la resección completa para disminuir el riesgo de recurrencia en los casos más agresivos, como en el segundo paciente que presentamos.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Enfermedad de Paget extramamaria extensa, presentación de un caso

Nekane Martínez Peña(1), Bárbara Lada Colunga(1), Jurvist Stee Rodríguez Blandón(1), Isabel Gainza Apraiz(1), Ana Sánchez Díez(1), Carla Valenti Ponsa(2), Leire Aguirrezabal Marcotegui(2) y Rosa María Izu Beloso(1) de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto

Introducción

La enfermedad de Paget puede dividirse en enfermedad de Paget mamaria y enfermedad de Paget extramamaria (EPEM). La EPEM es un tumor maligno intraepitelial poco frecuente que afecta a zonas con abundantes glándulas sudoríparas apocrinas como el área genital, perineal y las axilas.

Caso clínico

Mujer de 71 años con extensas placas eritematosas liquenificadas de bordes bien delimitados en región perianal con extensión glútea bilateral y vulvar de 2 años de evolución. Se llevó a cabo una biopsia cutánea de las lesiones, que objetivó una proliferación celular intraepitelial de células Pagetoides con positividad para CK7 y negatividad para CK20, llegándose al diagnóstico de EPEM. No se hallaron signos histológicos sugestivos de EPEM invasiva. El estudio de extensión mediante TAC de estadiaje, rectoscopia y vulvoscopia descartó la presencia de neoplasias asociadas. Dada la ausencia de invasividad y la amplia extensión de las lesiones, se optó por tratamiento local combinado con imiquimod al 5% y terapia fotodinámica (TFD), con respuesta parcial.

Discusión y conclusiones

La EPEM es una entidad infrecuente que puede presentar un retraso diagnóstico dada su similitud con otras dermatosis inflamatorias. Tras su diagnóstico, es preciso descartar la existencia de neoplasias malignas sincrónicas o metacrónicas en la dermis subyacente, y en órganos adyacentes o distantes.

El tratamiento de la EPEM invasiva requiere un enfoque más agresivo, generalmente mediante cirugía con márgenes de resección amplios. En contraste, en caso de EPEM no invasiva, es posible llevar a cabo un manejo conservador con terapias locales como imiquimod, láser CO₂, crioterapia, TFD o combinaciones de las mismas.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Telangiectasias, anasarca y síndrome de la cola de caballo: la clave está en la piel

Rosa María Escribano de la Torre(1), Amaia Barrutia Extebarria(1), Andrea Berrueta Navascueces(1), Itziar Arrue Michelena(1), Amaia Sáenz Aguirre(1), Irene García Río(1), Mihaela Madalina Buda Buda(2), Ricardo González Pérez(1) del Servicio de (1) Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba

Introducción

El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) intravascular es un linfoma extranodal agresivo muy raro caracterizado por la aparición de los linfocitos neoplásicos en las luces de los pequeños vasos.

Caso clínico

Varón de 74 años que consulta por febrícula y astenia intensa, con deterioro llamativo y súbito del estado general. Asocia alteraciones en la deambulación, retención aguda de orina e incontinencia fecal, así como edemas progresivos que no mejoran con tratamiento diurético, llegando al estado de anasarca. En la analítica de sangre se objetiva un incremento de LDH y reactantes de fase aguda, con un hemograma inicialmente normal que progresivamente va desarrollando anemia y linfopenia. La punción lumbar muestra glucorraquia y proteinuria, con negatividad para células malignas. En la RM se objetiva un realce leptomeníngeo de las raíces de la cola de caballo y el cono medular de origen inespecífico. El resto de pruebas complementarias son normales, incluyendo un body-TC y una biopsia de médula ósea. Durante el seguimiento, el estado neurológico se va deteriorando progresivamente. También comienzan a aparecer unas lesiones telangiectásicas y livedoides en extremidades y tronco, por lo que se le realizan dos biopsias cutáneas, llegándose al diagnóstico de un LDCGB intravascular angioendotelio-trófico estadio IV, con afectación cutánea y del sistema nervioso central (síndrome de la cola de caballo). Se inicia tratamiento siguiendo el esquema R-CHOP, con mejoría inmediata y progresiva del estado neurológico, así como resolución del anasarca, recuperación de la movilidad y mejoría de las lesiones cutáneas.

Discusión y conclusiones

El LDCGB intravascular suele ser un reto diagnóstico, ya que tiene unos síntomas y signos muy inespecíficos. La piel y el sistema nervioso central se afectan en buen porcentaje de los casos. En nuestro caso, las lesiones cutáneas fueron la clave diagnóstica que desveló la enfermedad.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Carcinoma de células de merkel subcutáneo: una presentación atípica de un tumor neuroendocrino agresivo y poco frecuente

Ane Carrera Gabilondo(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques Belda(1), Javier Antoñanzas Pérez(1) de (1)Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo infrecuente, que se presenta como un nódulo eritemato-violáceo de rápido crecimiento en áreas fotoexpuestas de pacientes mayores de 50 años. La inmunosupresión, la radiación ultravioleta y la presencia del poliomavirus (MCPyV) son factores predisponentes. Presentamos un caso atípico de CCM subcutáneo en la mejilla derecha, donde la sospecha clínica y los hallazgos ecográficos fueron claves en el manejo precoz de la enfermedad.

Caso clínico

Mujer de 73 años con antecedente de carcinoma de mama en remisión, que consultó por una lesión subcutánea, asintomática y de rápido crecimiento en la mejilla derecha, de dos meses de evolución. La exploración física mostró una lesión subcutánea firme, inmóvil y adherida a planos profundos sin compromiso epidérmico. No presentaba adenopatías palpables. Una ecografía evidenció una lesión hipodérmica hipoecoica, irregular y altamente vascularizada con eje vertical y columnas anecoicas. Se realizó una biopsia incisional con hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos compatibles con CCM. Se completaron estudios de estadificación de la enfermedad con una resonancia magnética cerebral y un PET-TC de cuerpo entero descartando enfermedad a distancia, por lo que finalmente, se extirpó la lesión mediante cirugía de Mohs en parafina, y se hizo biopsia selectiva de ganglio centinela submandibular ipsilateral, con resultado negativo. Finalmente, se indicó radioterapia adyuvante.

Discusión y conclusiones

La presentación subcutánea del CCM es muy poco frecuente y puede llevar a retrasos diagnóstico con el consiguiente riesgo de progresión de la enfermedad. En esta variante clínica atípica, la ecografía adquiere un papel cada vez más importante al reconocer patrones sugestivos como las bandas anecoicas “en columna de humo” que facilitan la sospecha clínica y el diagnóstico histopatológico precoz.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonese-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Serie de casos de carcinoma escamoso cutáneo avanzado en tratamiento con pembrolizumab

Clara Miguel Miguel(1), Amaya Sádaba Martínez(2), Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López de Dicastillo Cía(1), Maialen Azcona Rodríguez(1), Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Oncología Médica. Hospital Universitario de Navarra

Introducción

Las guías para el manejo del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) avanzado han incorporado los inhibidores de PD-1 como primera línea de tratamiento en pacientes no subsidiarios a tratamiento curativo. Pembrolizumab se encuentra aprobado en España con Informe de Posicionamiento Terapéutico como tratamiento de carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente/metastásico en primera línea. Su uso en CEC avanzado se basa en el estudio fase II Keynote-629.

Material-método

Estudio observacional retrospectivo que incluye 11 pacientes con CEC avanzado que han recibido Pembrolizumab 200 mg cada 21 días en nuestro servicio, antes de la autorización de Cemiplimab por el Ministerio de Sanidad para este uso.

Resultados

La mediana de seguimiento fue de 14 infusiones (RIC: 3,5 a 22,5). Cuatro pacientes presentaron progresión; cuatro, respuesta parcial; uno, completa, y dos están pendientes de evaluación. Nueve pacientes presentaron efectos adversos, la mayoría grado 1. Cuatro pacientes fallecieron, tres tras tratamiento de rescate.

Discusión-conclusiones

La edad y el estado funcional de nuestra serie son mayores a los del estudio KEYNOTE-629 y series en vida real. La tasa de respuesta global (45%) es comparable a la del estudio KEYNOTE-629 (40,3%). El porcentaje de efectos adversos (82%) fue mayor que en el estudio KEYNOTE-629 (69,2%); sin embargo, sólo uno de nuestros pacientes requirió la suspensión del tratamiento.

Existe escasez de estudios sobre el uso de Pembrolizumab en la práctica clínica real, a pesar de que un alto porcentaje de pacientes con CEC avanzado no son candidatos para participar en ensayos clínicos.

Palabras clave

Tumor maligno; tratamiento sistémico



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 1

Eventos adversos inmunomediados en el tratamiento de tumores avanzados, ¿Continuar, suspender o reintroducir la terapia?

Isabel Ibarrola Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel Miguel(1), Paula Rodríguez Jiménez(1), Marina López de Dicastillo Cía(1), Virginia Arrazubi Arrula(2), Juan Ignacio Yanguas Bayona(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Oncología. Hospital Universitario de Navarra

Introducción

La inmunoterapia, sola o en combinación, se ha convertido en el tratamiento de primera línea de numerosos tumores avanzados o metastásicos, sin embargo, la toxicidad difiere de las terapias convencionales, y aunque se han propuesto guías clínicas, existen escasos estudios sobre la seguridad y eficacia de mantener o reintroducir la inmunoterapia tras un evento adverso inmunomediado (irAES).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 46 años, con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal, que en noviembre 2023 debutó con un carcinoma escamoso de trigono retromolar, metastásico en el momento del diagnóstico (T1N2bM1). Comenzó tratamiento en monoterapia con Pembrolizumab y tras el primer ciclo, precisó ingreso por mucositis y exantema cutáneo generalizado. Con criterio de toxicidad grado 3 se discontinuó Pembrolizumab e inició Cetuximab, que nuevamente suspendió por toxicidad cutánea. Se administraron 4 ciclos de quimioterapia, pero al evidenciarse progresión tumoral, se consensuó con Dermatología el inicio de Nivolumab asociado a glucocorticoides. Tras el primer ciclo sufrió un síncope debido a una miocarditis/pericarditis inmunomediada. Asimismo, desarrolló unas lesiones infiltradas lupus-like en escote, que la biopsia confirmó de metástasis cutáneas de CE. Pese a todo se decidió mantener Nivolumab, pero el paciente sufrió un deterioro progresivo, falleciendo a las pocas semanas.

Discusión

El manejo de pacientes con irAEs sigue siendo controvertido debido a la falta de consenso sobre su seguridad y eficacia. Diversos estudios han sugerido que el riesgo de recurrencia de toxicidades es significativo, con tasas que oscilan entre el 18% y el 71%. En el caso presentado, el paciente sufrió varios eventos adversos cutáneos y cardiovasculares que precisaron un manejo multidisciplinar. Los datos disponibles postulan que la reintroducción de la inmunoterapia podría ser viable en casos seleccionados, especialmente cuando las toxicidades previas son de grado moderado y han remitido completamente con tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones

Este caso enfatiza la complejidad del retratamiento inmunoterapéutico tras irAEs, destacando la necesidad de estudios prospectivos y guías clínicas que optimicen la selección de pacientes para maximizar el beneficio terapéutico y minimizar la toxicidad.

Patrocinador Oro



Resúmenes Comunicaciones Orales 2





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Un hongo disfrazado de melasma: diagnóstico diferencial de hiperpigmentación facial

José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), María Evangelina Pablo Hernando(2), Lucía Prieto Torres(1), Mariano Ara Martín(1) de Servicio de (1)Dermatología Médico-Quirúrgica y (2)Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción

Aureobasidium melanogenum es una levadura negra oportunista perteneciente al género *Aureobasidium*, dentro del orden Dothideales. Se encuentra ampliamente distribuida en la naturaleza y en entornos domésticos.

Material y método: caso clínico

Resultados: Un varón de 35 años natural de Pakistán de fototipo IV sin antecedentes médicos de relevancia, consultó por máculas pigmentadas marrones de morfología anular en ambas mejillas y región periocular bilateral de 2 años de evolución y empeoramiento progresivo a nivel facial. Se tomó una muestra de escamas del borde para cultivar. Se observó el crecimiento de colonias de hongos oscuros. Tras la secuenciación del genoma se identificó *A.melanogenum*. El paciente fue tratado con itraconazol oral 100 mg al día y sertaconazol tópico dos veces al día durante dos semanas con la resolución de las lesiones.

Discusión

A.melanogenum es un hongo ubicuo que se consideraba un contaminante ambiental sin relevancia patogénica, pero cada vez hay más reportes de infecciones en humanos inmunocompetentes e inmunocomprometidos. Puede causar infecciones cutáneas y subcutáneas (feohifomycosis), oftalmológicas, linfadenopatías, del tracto respiratorio, peritonitis, abscesos esplénicos y fungemia. *A. melanogenum* es capaz de producir lesiones cutáneas por varios mecanismos, como la producción de melanina o de enzimas hidrolíticas. El diagnóstico diferencial de la feohifomycosis superficial es amplio e incluye tiña negra, melasma y pigmentación postinflamatoria.

Conclusiones

A.melanogenum debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones hiperpigmentadas faciales atípicas. El diagnóstico preciso requiere cultivo y secuenciación genética, y aunque el tratamiento antifúngico suele ser efectivo, la falta de protocolos estandarizados destaca la necesidad de más estudios sobre su manejo.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Aspergilosis diseminada con afectación cutánea en paciente oncológico

Alberto García García(1), Olatz Lasa Elgezua(1), Irati Allende Markixana(1), Marta Mendieta Eckert(1), María Nerea Agesta Sánchez(1), Xabier Atxutegi Ayesta(1), Begoña Udondo González del Tanago(1), Elena Bereciartua Bastarrica(2) del Servicio de (1)Dermatología y (2)Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Cruces

Introducción

Aspergillus es un hongo saprofito que, en determinadas circunstancias, como estados de inmunodepresión, puede actuar como patógeno. La afectación cutánea es rara (5-10%) y se clasifica en aspergilosis cutánea primaria, por traumatismos locales, o secundaria, más frecuente, por diseminación hematógena.

Caso clínico

Varón de 70 años con cáncer de vejiga metastásico en tratamiento con enfortumab-vedotin que acudió a urgencias por un cuadro de malestar general y nódulos cutáneos dolorosos de 3 semanas de evolución.

En la exploración física observamos 5 nódulos rosados de 3 cm en tórax, espalda, glúteo y piernas. Se recogieron muestras mediante biopsia y torunda para estudio histológico y microbiológico, resultando la anatomía-patológica inespecífica y en el cultivo creció *Aspergillus fumigatus*.

Las pruebas de imagen revelaron lesiones por *aspergillus* en múltiples órganos, pero sin afectación pulmonar. Ante el diagnóstico de aspergilosis diseminada se pautó voriconazol y luego anfotericina-B, aunque con mala respuesta y fallecimiento posterior.

Discusión

La aspergilosis es una micosis oportunista causada generalmente por la inhalación de *A. fumigatus*. En la forma diseminada, suele haber afectación pulmonar inicial (ausente en nuestro caso).

Las manifestaciones dermatológicas son pápulo-placas o nódulos eritematosos con rápido crecimiento y ulceración posterior. El diagnóstico se confirma con el estudio microbiológico e histológico, que revelarán la presencia del hongo y sus hifas septadas y ramificadas a 45°.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otras infecciones oportunistas, y el tratamiento de elección es el voriconazol.

En cuanto al enfortumab-vedotin, anti nectina-4, se ha descrito toxicidad cutánea y mayor riesgo infeccioso.

Conclusión

Presentamos un caso de aspergilosis diseminada diagnosticada a través de las lesiones cutáneas. Es impotente conocerla y sospecharla para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz dado su curso agresivo.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Erupción mucocutánea infecciosa reactiva: una serie de tres casos en el hospital universitario cruces, presentación clínica y manejo multidisciplinar

Xabier Atxutegi Ayesta(1), Olatz Lasa Elgezua(1), María Rosario González-Hermosa(1), Xabier Mirena Eizaguirre Uriarte(1), Verónica Velasco Benito(2), Rebeca Pérez Blasco(1), Alberto García García(1) y Belén Navajas Pinedo(1) del(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces

Introducción

La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) engloba las erupciones mucocutáneas asociadas a agentes infecciosos, siendo *Mycoplasma pneumoniae* (MP) el más frecuente (MIRM). Dicha entidad se diferenció recientemente del eritema multiforme y del síndrome Stevens-Johnson (SSJ) / necrosis epidérmica tóxica (NET) inducido por fármacos.

Aparece en edades tempranas y adultos jóvenes con predominio masculino e invernala. Presenta mucositis intensa en ≥ 2 localizaciones, especialmente oral y ocular, pudiendo asociar en el 34-50% una erupción cutánea vesículo-ampollosa o dianiforme en tronco y/o áreas acrales. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica (síntomatología respiratoria y erupción mucocutánea) y confirmación de una infección reciente mediante pruebas complementarias.

El tratamiento incluye terapia antimicrobiana, soporte con cuidados muco-cutáneos y analgésicos y tratamiento con corticoides, ciclosporina, inmunoglobulinas y/o etanercept según la gravedad. La recuperación completa ocurre en el 81% con recurrencias en el 8%.

Serie de casos

Presentamos una serie de 3 varones con RIME secundario a MP y edades entre 13 y 32 años sin otros antecedentes. Se objetivaron pródromos febriles y respiratorios y afectación mucosa (al menos ocular y oral) en todos los casos, asociando erupción cutánea compatible en dos de ellos. La infección por MP se confirmó en todos los casos mediante serología IgM positiva (1/3) o PCR nasofaríngea positiva (2/3). Se observaron alteraciones histológicas compatibles en todos los casos biopsiados (2/3). La evolución final de todos ellos fue buena, recibiendo tratamiento de soporte, corticoides, ciclosporina, etanercept o combinación de ellos según las necesidades individuales.

Conclusiones

Presentamos una serie de 3 casos de RIME y su manejo multidisciplinar en el Hospital Universitario Cruces. Destacamos la importancia del diagnóstico diferencial con SSJ-NET y se revisan las opciones terapéuticas descritas.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Presentaciones atípicas de infecciones por virus herpes humano en pacientes inmunodeprimidos

Isabel Jorques Belda(1) , Inés Oteiza Rius(1) , Elisa María Gómez González(1), Deiane Marcos Muñagorri(1), Ane Carrera Gabi-lindo(1), Coral Alejandra Garrido Baez(1), Agustín España Alonso(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra

Introducción

El virus herpes simple (VHS) y el virus varicela-zóster (VZ) son patógenos comunes que pueden causar infecciones cutáneas significativas. En pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con VIH/SIDA, neoplasias hematológicas, receptores de trasplantes de órgano sólido y pacientes en tratamiento inmunosupresor, las manifestaciones del herpes pueden ser atípicas y más severas. Estas presentaciones inusuales representan un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que pueden diferir considerablemente de las observadas en individuos inmunocompetentes.

Material y métodos

Se presentan varios casos de infecciones por herpes en pacientes inmunodeprimidos. Se describen los antecedentes más relevantes de cada paciente, las características clínicas de las lesiones, los métodos de diagnóstico utilizados incluyendo la inmunofluorescencia y los enfoques terapéuticos aplicados.

Resultados

Los hallazgos revelaron que las lesiones cutáneas en pacientes inmunodeprimidos pueden variar desde vesículas y pápulas hasta ulceraciones extensas y necrosis. Las lesiones a menudo son diseminadas y pueden no seguir el patrón clásico de herpes. Además, se observó que la respuesta inflamatoria en estos pacientes puede ser atenuada, lo que dificulta el diagnóstico.

Conclusiones

Las presentaciones atípicas del herpes en pacientes inmunodeprimidos requieren un enfoque diagnóstico y terapéutico cuidadoso. Es por ello que en este tipo de pacientes existe la necesidad de valorar la presencia de VHH en lesiones cutáneas y mucosas a pesar de que la presentación clínica no sea característica, inusuales para facilitar un diagnóstico temprano y un manejo adecuado, lo que puede prevenir complicaciones severas y mejorar los resultados clínicos en esta población vulnerable.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Cuando las úlceras en mucosa oral no curan: un desafío diagnóstico en un adolescente

Aida Aramburu González(1), Ana María Martínez de Salinas Quintana(1), Irune Méndez Maestro(1), Sara Esteban Terradillos(1), Begoña Ramos Bareño(1), Lander Peña Merino(1), Marta Rubio Lombráña(1), Caridad Inmaculada Maillo Conesa(1), María Rosario González Hermosa(2), Jose María Villa González(2), Gorka Muñiz Unamunzaga(3) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Urduliz, (2)Servicio de Dermatología y (3)Anatomía Patológica del Hospital Universitario Cruces

Introducción

La gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA) es una infección gingival rápidamente destructiva de etiología compleja. Se caracteriza clínicamente por necrosis de la papila interdental, sangrado espontáneo, dolor...que en ausencia de un tratamiento adecuado puede progresar su afectación ocasionando una gingivostomatitis grave.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 16 años, que tras pocos días de la colocación de ortodoncia comenzó con aftas orales que progresaron a ulceraciones hemorrágicas dolorosas llegando a comprometer la alimentación y conllevando al ingreso hospitalario. Inicialmente se pautó tratamiento con aciclovir intravenoso ante sospecha de primoinfección herpética. Posteriormente se realizó una biopsia mucosa para estudio con inmunofluorescencia, por la evolución desfavorable, que mostró depósito lineal de C3 en membrana basal, sugiriendo entonces un posible penfigoide de mucosas, por lo que se asoció tratamiento con corticoides. Dado el dolor intenso persistente a pesar del tratamiento analgésico y la falta de mejoría con los corticoides y antivirales, así como la incongruencia de los resultados de las pruebas complementarias que orientasen a un diagnóstico concreto, se planteó la sospecha diagnóstica de una GUNA por la higiene deficitaria secundaria al dolor. Se instauró antibioterapia con amoxicilina-clavulánico de forma empírica objetivándose una evidente mejoría de las lesiones.

Discusión y conclusiones

Este caso destaca la importancia de reevaluar los posibles diagnósticos diferenciales y adaptar el tratamiento ante la falta de respuesta a las terapias habituales. La adecuada higiene oral, el tratamiento antibiótico y el soporte nutricional fueron la clave en la recuperación.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Un amor ciego

Sergio García González(1), Sara Pilar Martínez Cisneros(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Lydia Corbalán Escortell(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), José Asensio Gómez(1), Javier Soro Miranda(1), Victoria Lezcano Biosca(1) y Mariano Ara Martín(1) del (1)Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Introducción

El amor es un sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser. Solo que, en ocasiones, los encuentros y uniones no responden tanto al amor como al ocio y diversión.

Caso clínico

Varón de 46 años que ingresa por clínica de visión borrosa del ojo derecho de una semana de evolución, precedido por cuadro de astenia, náuseas, vómitos y epigastralgia durante la semana previa. En las siguientes 48 horas, asociación de hipoacusia de oído izquierdo. Desde hace dos semanas, lesión erosiva en mucosa oral. Asimismo, diagnóstico de escabiosis hacía dos semanas por parte del servicio de Urgencias, sin aparente ambiente epidemiológico familiar.

Resultados

La resonancia magnética objetivó una gran lesión ocupante de espacio a nivel selar, paraselar y supraselar, compatible con meningioma, ya conocida previamente. Se solicitaron pruebas de imagen y analíticas adicionales.

Discusión

¿Fueron las flechas de Cupido la causa de su visión borrosa?

Conclusiones

El amor no todo lo cura.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Lesiones urticariformes en paciente con fiebre de origen desconocido

Iranzu Barandika Urrutia(1), Itziar Muelas Rives(1), Andrés Ederra Galé(1), Mariana Claudia Matei(1), Ana María Morales Callaghan(1), Tamara Gracia Cazaña(1), María del Carmen Gómez Mateo(2), Ignacio Hernández Aragües(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1) de Departamento de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

Introducción

Las enfermedades inflamatorias sistémicas, autoinmunes e infecciosas presentan con frecuencia manifestaciones clínicas solapadas, lo que dificulta su diagnóstico diferencial. En este contexto, los hallazgos dermatológicos adquieren un papel primordial, pues pueden constituir la clave para orientar la sospecha clínica y alcanzar un diagnóstico preciso.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 75 años, con ingreso reciente por neumonitis eosinofílica y fiebre, que ingresó en el servicio de Medicina Interna debido a un cuadro febril de hasta 39°C de 20 días de evolución, asociado a artritis en manos y la posterior aparición de un exantema evanescente. La sospecha inicial al ingreso era de un proceso infeccioso, pero la paciente no presentaba mejoría pese a distintas pautas antibióticas administradas. Revisando la historia clínica, se constató que los picos febriles presentaban predominio vespertino. La exploración física reveló edema palpebral bilateral con eritema tenue, edema en dorso de manos y un exantema urticariforme de tono rosado-asalmonado generalizado con predominio en extremidades. No se evidenciaron alteraciones ungueales ni afectación mucosa significativa. La analítica mostró hiperferritinemia, leucocitosis con neutrofilia muy marcada y elevación de transaminasas. El estudio de autoinmunidad (ANAs, ANCA, FR) fue negativo. El análisis histopatológico de la biopsia cutánea evidenció un infiltrado perivascular de linfocitos y neutrófilos en dermis superficial y media. La conjunción de fiebre alta intermitente, exantema evanescente y poliartritis permitió establecer el diagnóstico de enfermedad de Still del adulto, cumpliendo los criterios de Yamaguchi y Fautrel. Inicialmente, se instauró tratamiento con corticoides sistémicos, con respuesta parcial. Finalmente se optó por la administración de anakinra, con notable mejoría clínica.

Conclusión

La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad autoinflamatoria caracterizada por fiebre intermitente, exantema evanescente y poliartralgias o poliartritis, además de niveles muy elevados de ferritina en sangre. Su diagnóstico supone un desafío clínico, dada la superposición de síntomas con otras patologías autoinmunes e infecciosas. La presencia de lesiones urticariformes en un paciente con fiebre recurrente y sintomatología sistémica asociada nos obliga a descartar una enfermedad autoinflamatoria.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 2

Edema labial: diagnóstico diferencial a través de tres casos clínicos

Paula Soto Revuelta(1), José González Fernández(1), Sergio García González(1), Mary Carolina Antonetti Roso(1), Karol Sabas Ortega(1), Lydia Corbalan Escortell(1), Sonia de la Fuente Meira(1), Andrea Montes Torres(1), Mar García García(2), Mariano Ara Martín(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción

El edema labial es una manifestación clínica inespecífica que puede estar causada por inflamación, acumulación de líquido o alteraciones estructurales. Sus causas incluyen reacciones alérgicas, angioedema hereditario, infecciones, enfermedades inflamatorias sistémicas como la enfermedad de Crohn o la sarcoidosis, traumatismos, neoplasias y linfangiectasias. Presentamos tres casos de edema labial clínicamente similares con diferentes etiologías.

Casos clínicos

Caso 1: Varón de 53 años con antecedentes de hidradenitis supurativa en tratamiento con adalimumab que, desde hacía 7 meses, presentaba brotes recurrentes de edema labial que solo mejoraban tras la administración de corticoides. Durante el seguimiento, el paciente presentó aftas acompañadas de una lengua fisurada, lo cual orientó nuestra sospecha diagnóstica, que finalmente pudimos confirmar con la histología.

Caso 2: Mujer de 59 años que presentaba brotes recurrentes de edema labial de 4 años de evolución. Se encontraba en seguimiento por alergología, donde se inició tratamiento con omalizumab y antihistamínicos sin clara mejoría. Tras la identificación de la sensibilización a un compuesto, pudimos determinar el verdadero desencadenante.

Caso 3: Varón de 63 años que, durante un ingreso hospitalario, fue evaluado por edema labial persistente. Como único antecedente de interés, presentaba una sialorrea que se trató con una sesión de radioterapia. Presentó una importante mejoría clínica tras la infiltración de corticoides.

Discusión

Ante la presencia de un edema labial, la exploración clínica no siempre es suficiente para esclarecer la causa subyacente. Por ello, es fundamental conocer los posibles desencadenantes y enfocar adecuadamente la historia clínica del paciente para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Con estos casos recalamos algunas de las posibles causas de edema labial y cuándo debemos sospecharlas, ya que, por su baja frecuencia, pueden suponer un reto diagnóstico.

Patrocinador Oro



Resúmenes Comunicaciones Orales 3





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Un vitiligo inesperado

Begoña Ramos Bareño(1), Sara Esteban Terradillos(1), Lander Peña Merino(1) y Ana Martínez de Salinas (1) del (1)Hospital de Urduliz- Servicio de Dermatología

Introducción

La fisiopatología del vitiligo ha ido clarificándose a lo largo de los años. Existen factores que contribuyen al desencadenamiento de esta patología como son la activación de la inmunidad innata, activación del inflamósoma, estrés oxidativo y la pérdida de adherencia de los melanocitos. El mecanismo fundamental que lo provoca es la destrucción inmunomediada de los melanocitos a través de linfocitos T citotóxicos y las células dendríticas.

Material y métodos

Se expone un caso clínico aislado del Hospital de Urduliz de 2023 como introducción para realizar una revisión de la asociación de vitiligo y melanoma así como la predisposición de los pacientes con vitiligo al cáncer cutáneo no melanoma y melanoma.

Resultados

La respuesta inmunitaria frente al melanoma se ha estudiado en diversas ocasiones y en esta ocasión, cómo otras anteriores se objetiva cómo, conociendo la fisiopatología, a partir de un vitiligo inusual se llega al diagnóstico de melanoma metastásico. Tras eso la revisión de los casos de asociación entre vitiligo y cáncer cutáneo se observa que es probable que el vitiligo sea un factor protector especialmente para melanoma aunque también para cáncer cutáneo no melanoma.

Discusión

Conocemos bien de otros casos clínicos publicados en la literatura que el vitiligo paraneoplásico está asociado especialmente a melanoma y así se objetiva en este caso.

Procedemos a analizar posibles sesgos de la revisión de Reino Unido. Ante un vitiligo atípico debemos hacer una buena historia clínica dermatológica y exploración para descartar melanoma.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Lupus cutáneo subagudo: cuando lo convencional no es suficiente

Bárbara Lada Colunga(1), Íñigo Sánchez Benítez(1), Irene Arévalo Ortega(1), Ane Lobato Agirre(1), Leopoldo Domper(1) y R. Izu Beloso(1) de (1)Hospital Universitario Basurto Servicio de Dermatología

Introducción

El lupus cutáneo subagudo (LCS) puede presentarse como una entidad aislada o en el contexto de lupus eritematoso sistémico (LES). Sus manifestaciones son variables, pero se caracteriza por la aparición de brotes de lesiones máculo-papulosa y eritematosas habitualmente en áreas fotoexpuestas.

El Anifrolumab es un fármaco aprobado para el tratamiento de LES. Se trata de inhibidor de la subunidad 1 del receptor del interferón tipo I.

Material y métodos

Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 70 años con antecedente de adenocarcinoma de sigma en remisión desde 2014, en seguimiento en nuestras consultas por LCS. Inicialmente se pautó corticoides orales y antipalúdicos con parcial control de la enfermedad. A posteriori, se añadió metotrexato que precisó suspensión por empeoramiento de citopenias basales de la paciente. En todo momento presentó ANAs negativos. Ante dicho hallazgo en el hemograma, se inició estudio por parte de Hematología con diagnóstico de SMD de bajo riesgo y se tomó actitud expectante. A nivel cutáneo la paciente presentaba un empeoramiento franco de las lesiones que tampoco respondieron a Ciclosporina y que condicionaban alteraciones en el estado de ánimo, al que se fueron sumando astenia y fatiga que finalmente motivaron el ingreso hospitalario. Se repitieron pruebas complementarias, incluyendo biopsia cutánea y se realizó PET TAC descartando afectación sistémica u otras patologías subyacentes.

Ante la gravedad y refractariedad del cuadro se inició Anifrolumab con resolución completa y rápida de las lesiones y sin efectos adversos asociados.

Discusión y conclusiones

El Anifrolumab es un tratamiento aprobado para LES moderado o grave con buenos resultados en las manifestaciones cutáneas.

Destacamos su papel terapéutico en el lupus cutáneo sin necesidad de afectación sistémica, así como en todas aquellas dermatosis en las que el interferón I juegue un papel fundamental en la fisiopatología.

Además, este caso expone la posibilidad de presentación del LCS como potencial fenómeno paraneoplásico.

Palabra clave

Tratamiento sistémico



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Síndrome VEXAS. Revisión y presentación de 4 casos

Román Ballesteros Redondo(1), Arantxa López Pestaña(1), Iñigo Aranguren López(1), Peru Urigoitia Ugalde(2), Deborah Ximena Ugas Burrancia(3), Natalia Valero Montalvo(1), Paula Arratibel Goenaga(1), Nerea Ormaetxea Pérez(1) de (1)Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Donostia, (2)Servicio de Dermatología, Hospital Bidasoa y (3)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Donostia

Introducción

El síndrome VEXAS (Vacuolas, Enzima E-1, ligado a X, Autoinflamatorio, Somático) es una enfermedad autoinflamatoria que se debe a una mutación somática adquirida en el gen UBA1 en los progenitores mieloides. Presentamos 4 casos de este síndrome.

Caso clínico

Se presentan 4 varones con afectación cutánea diversa, incluyendo lesiones que simulan un síndrome de Sweet, eritema nodoso, policondritis y lesiones tipo lupus tumidus. Estas manifestaciones se acompañaban de fiebre recurrente, artralgias y alteraciones hematológicas como anemia macrocítica y linfopenia. Todos los pacientes presentaban la mutación en UBA1, característica del síndrome VEXAS, confirmada mediante secuenciación genética. En tres pacientes se realizó estudio de médula ósea que evidenció vacuolas citoplasmáticas en precursores mieloides. Se han utilizado corticoides sistémicos para el control sintomático, a la espera de decidir si es necesario tratamiento coadyuvante inmunosupresor.

Discusión

Este síndrome se caracteriza por fiebre recurrente, afectación cutánea, policondritis, afectación pulmonar y trastornos hematológicos.

Las manifestaciones dermatológicas son uno de los rasgos clínicos más frecuentes, presentes en más de 80% de los pacientes y precediendo en más de la mitad de los casos a los síntomas sistémicos. Se han identificado distintos patrones de afectación cutánea, que incluyen lesiones tipo dermatosis neutrofílica, vasculitis y lesiones inflamatorias inespecíficas.

El diagnóstico requiere la evaluación de la médula ósea en búsqueda de vacuolas citoplasmáticas en precursores mieloides y eritroides y la confirmación genética de las mutaciones en UBA1. El tratamiento es un desafío y a menudo incluye corticoides, fármacos biológicos e inhibidores de JAK, con respuestas variables.

Conclusión

Las manifestaciones cutáneas en VEXAS son complejas y variadas, siendo una pista clave para el diagnóstico. La presencia de dermatosis neutrofílica, vasculitis cutánea y lesiones inflamatorias crónicas en hombres mayores de 50 años con citopenias debe hacer sospechar VEXAS y motivar un estudio genético de UBA1.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Eczema Area and Severity Index: concordancia interobservador en pacientes con dermatitis atópica

Jose María Villa-González(1), María Rosario González-Hermosa(1), Joseba Ugedo Alzaga(1), Patricia Andrés Ibarrola(1), Manuel Pascual Ares(1), Salomé Álvarez Sánchez(1), Borja Santos-Zorroza(2), Juan Antonio Ratón Nieto(1) de (1)Hospital Universitario Cruces, Servicio de Dermatología y (2)Biobizkaia, Plataforma de Bioinformática, bioestadística y sistemas de información

Introducción

Los estudios que analizan la concordancia interobservador del EASI (Eczema Area and Severity Index) describen un grado de acuerdo desde bueno hasta excelente. No obstante, en la práctica clínica diaria se percibe una discrepancia considerable entre los evaluadores.

Métodos

Cinco dermatólogos evaluaron la concordancia interobservador del EASI en un entorno clínico real, incluyéndose 47 pacientes diagnosticados con dermatitis atópica (DA) desde enero a octubre de 2024. Para las variables cualitativas se usó el índice alfa de Krippendorff (concordancia inaceptable <0.667) y para las cuantitativas el índice de correlación intraclase (ICI).

Resultados

En la región de cabeza y cuello, la concordancia fue inaceptable en cuanto a la superficie afectada, eritema, edema/pápulas, excoriación y liquenificación. En el tronco, se obtuvo una concordancia aceptable para la superficie afectada, con un valor de 0.686 (IC95: 0.539–0.799), pero se observó una concordancia inaceptable en los demás ítems. En las extremidades superiores e inferiores, la concordancia fue inaceptable en todos los parámetros, aunque algunos intervalos de confianza de ciertos ítems incluían valores aceptables. El ICI del EASI total fue moderado, alcanzando un valor de 0.754 (IC95: 0.659–0.838).

Discusión y conclusiones

Si bien algunos estudios previos informan un acuerdo de bueno a excelente, es importante destacar que las muestras y el número de evaluadores en estos trabajos son limitados y se realizaron en entornos controlados. A pesar de la concordancia moderada observada en el EASI total, se halló que la mediana del rango del EASI para un mismo paciente fue de 13, lo que demuestra una notable heterogeneidad en las evaluaciones entre los dermatólogos.

El presente estudio pone de manifiesto la variabilidad del EASI en condiciones de práctica clínica real, sugiriéndose la necesidad de considerar enfoques que den más importancia las medidas de resultados y experiencias informadas por el paciente.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

No es lo que parece

Iván Vázquez Calo(1), Ester Moreno Artero(1), Ana Orbea Sopena(1), Jon Ander Yagüe Barcia(1), Iris Vicente Sánchez(1), Fernando Pulgar Martín(1), Nerea González Romero(1), Maider Pretel Irazábal(1), Ana Arechalde Pérez(1), Victoria Morillo Montañés(1), José Luis Rodríguez Peralto(2) del (1)Hospital Universitario Galdakao-Usansolo Servicio de Dermatología y (2) Hospital Universitario 12 de Octubre-Servicio de Anatomía Patológica

Introducción

Presentamos el caso de una niña de 8 años que acude a nuestra consulta remitida por su pediatra por una lesión melanocítica en el cuero cabelludo, de larga evolución, que ha experimentado crecimiento en el último año. Se discutirá el diagnóstico diferencial, estudio histológico y manejo de la paciente.

Caso clínico

Paciente niña de 8 años, sana, sin antecedentes médicos de interés, remitida vía interconsulta no presencial por su pediatra por cambios en dos nevus de larga evolución que presentaba en el cuero cabelludo. En la imagen se aprecian dos lesiones cutáneas con costra melicérica. Se diagnostican de probables nevus melanocíticos con impetiginización secundaria a manipulación, se pauta betametasona + gentamicina durante una semana, y se cita en la consulta presencialmente.

En la consulta, los padres refieren aparición en la primera infancia y crecimiento de una de las lesiones en el último año. Destaca una lesión papulonodular de 6 mm, color marrón-negruzco, patrón homogéneo y tapones córneos, sin otros datos de atipia. Se lleva a cabo afeitado y estudio anatomopatológico.

Conclusiones

Las lesiones melanocíticas en niños no suelen causar alarma entre los especialistas de Dermatología. Sin embargo, en ocasiones estas lesiones no son lo que parecen, por lo que es preciso establecer un adecuado diagnóstico diferencial y no soslayar posibles signos de alarma. Se discuten la epidemiología, subtipos, diagnóstico y manejo de esta entidad en la edad pediátrica.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

Hemangioma infantil de crecimiento mínimo o detenido: presentación de dos casos clínicos

Juan José García Alfonso(1), Andrés Eterra Galé(1), Manuel Almenara Blasco (1), Isabel Bernad Alonso(1), Zita Álvarez Bobillo(1), Irazzu Barandika Urrutia(1), Laura Bernal Masferrer(1), Neus Martínez Arnau(2), Yolanda Gilaberte Calzada(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet

Introducción

Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores vasculares benignos más frecuentes de la infancia. Sin embargo, existe una variante poco común denominada hemangioma infantil de crecimiento mínimo o detenido (HI-CMD), en la que la proliferación es nula o no supera el 25% de la lesión. Esta presentación clínica puede llegar a confundirse con otras anomalías y, en algunos casos, presentar complicaciones como la ulceración, lo que puede retrasar el diagnóstico y modificar el manejo terapéutico.

Caso clínico

Presentamos dos lactantes con HI-CMD. El primero, un niño de 22 días con úlceras perianales de evolución tórpida, inicialmente tratadas sin éxito como dermatitis del pañal, al que se le realizó ecografía de partes blandas y de canal vertebral para descartar síndrome lumbar. El segundo, un lactante de 5 meses con una lesión congénita occipital estable, pero con alopecia sobreañadida, lo que motivó la biopsia. En ambos casos, la inmunohistoquímica con GLUT-1 confirmó el diagnóstico. Dado que las lesiones progresaban y eran de tamaño significativo, ambos pacientes fueron tratados con propranolol oral, con buena respuesta clínica.

Discusión

Los HI-CMD pueden simular otras patologías, especialmente cuando debutan con ulceración. La ausencia de una fase proliferativa clara puede dificultar el diagnóstico clínico, por lo que la inmunohistoquímica con GLUT-1 es clave para su identificación y diagnóstico diferencial con otras anomalías vasculares congénitas que no expresan este marcador.

Conclusiones

Es esencial considerar los HI-CMD en el diagnóstico diferencial de lesiones vasculares congénitas ulceradas, ya que un diagnóstico precoz permite optimizar el tratamiento y evitar procedimientos innecesarios.

Palabras clave

Enfermedad vascular, hemangioma infantil



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

“Cosas de hermanos”: onicodistrofia y nefropatía

Patricia Andrés Ibarrola(1), Jose María Villa González(1), Irati Irizar Aguirre(1), Elvira Acebo Mariñas(1), Juan Antonio Ratón Nieto(1), José Luis Díaz Ramón(1), Laura Santos-Díez Vázquez(2), María Rosario González Hermosa(1) de Servicio de (1) Dermatología y (2)Alergología. Hospital Universitario Cruces

Caso clínico

Varón de 12 años, hijo de padres no consanguíneos, que acude por presentar alteraciones ungueales desde los 3 meses de edad. Entre sus antecedentes personales destaca una proteinuria glomerular en seguimiento por Nefrología y un episodio autolimitado de lesiones ampollas pretibiales a los 8 meses de edad. En la exploración física se observa malposición dentaria y cicatrices papiriformes. En las uñas de las manos presenta onicolisis con hiperqueratosis subungueal y en los pies hiponiquia y onicolisis. Su hermana de 9 años presenta lesiones ungueales similares.

Evolución

De manera conjunta con los especialistas en Nefrología y Genética, se decide realizar un estudio genético analizando genes relacionados con la paquioniquia congénita, disqueratosis y proteinuria glomerular, obteniendo como resultado una variante probablemente patogénica en homocigosis del gen CD151: c. 277-2A>C. Asimismo, se realiza una valoración de la hermana pequeña, objetivándose malposición de piezas dentarias, onicolisis y onicodistrofia de las uñas de los primeros dedos de ambos pies. Por lo tanto, se realiza el análisis del gen CD151, que muestra la misma mutación obtenida en su hermano.

Discusión

Exponemos dos casos clínicos asociados que presentan una mutación en homocigosis del gen CD151. Alteraciones en este gen producen una forma sindrómica de epidermolisis ampollas simple localizada asociada a nefropatía y onicodistrofia. Esta entidad se caracteriza por la presencia de ampollas en la piel en los primeros meses de vida, especialmente en la zona pretibial, y la nefropatía se manifiesta en forma de proteinuria. El gen CD151 codifica la tetraspanina CD151, un tipo de proteína transmembrana presente en diversos tejidos, a destacar la piel y el glomérulo renal.

Conclusiones

La presencia de onicodistrofia, agenesia dental y ampollas en la infancia, obliga a descartar una epidermolisis ampollas simple. Resulta de gran importancia un abordaje multidisciplinar para el correcto manejo de estos pacientes.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

COMUNICACIONES ORALES 3

La papulosis linfomatoide puede venir acompañada

Rebeca Pérez Blasco(1), Manuel Pascual Ares(1), Xabier Mirena Eizaguirre de Uriarte(1), Izaskun Ocerin Guerra(1), José Luis Díaz Ramón(1), Verónica Velasco Benito(2) y Elvira Acebo Mariñas(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Cruces

Introducción

La papulosis linfomatoide (LyP) es un trastorno linfoproliferativo cutáneo primario CD30 + de la piel. Se ha informado que se puede asociar con otras neoplasias hematológicas, en particular el linfoma de Hodgkin, las micosis fungoides, y los linfomas periféricos de células T.

Caso clínico

Un hombre de 67 años presentó en marzo de 2019 dolor en la rodilla derecha con hallazgo en la resonancia magnética de una lesión de aspecto lítica. El estudio de extensión puso de manifiesto adenopatías supradiaphragmáticas e infradiaphragmáticas. El paciente no tenía otros síntomas. La analítica no mostró alteraciones. El estudio histológico de un ganglio axilar y de la metafisis tibial mostraron infiltración por un proceso linfoproliferativo B CD20 +, CD10 + y BCL2 +. El aspirado de médula ósea descartó infiltración. Con estos hallazgos se diagnosticó al paciente de un linfoma folicular estadio IV. Paralelamente, fue estudiado en nuestro servicio por aparición en junio de 2019 de unas lesiones cutáneas papulares agrupadas en codos. La histología mostró infiltración dérmica por un proceso linfoproliferativo T CD4 +, CD30 + y CD20 -. El diagnóstico clínico-patológico fue de papulosis linfomatoide. En diciembre de 2019 se decidió, por parte de Hematología, tratamiento con doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, prednisona y rituximab, la llamada quimioterapia R-CHOP. Se realizó un total de seis ciclos y posteriormente terapia de mantenimiento con rituximab, alcanzado una respuesta metabólica completa sostenida. Durante este proceso no se produjo empeoramiento de sus lesiones cutáneas, las cuales fueron controladas con tratamiento tópico.

Conclusión

Presentamos la inusual asociación en un paciente de PyL y una neoplasia maligna linfoproliferativa de células B. La LyP no se exacerbó durante la terapia basada en rituximab, a diferencia de lo que ocurre en varios casos descritos en la literatura.

Patrocinador Oro

sanofi

Resúmenes Pósteres





Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Mycobacterium marinum, a propósito de un caso

Paula Arratibel Goenaga(1), Miren Marquina Iñarrairaegui(1), Marta Alonso Asencor(2), Deborah Ximena Ugás Burranca(3), Susana Vildósola Esturo(1), Román Ballesteros Redondo(1), Nerea Infante Gonzalo(1), Nerea Ormaechea Pérez(1) de Servicio de (1)Dermatología, (2)Microbiología y (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia

Introducción

Mycobacterium marinum es una micobacteria cuyo hábitat es el agua (dulce y salada). Produce infecciones cutáneas y de partes blandas por inoculación externa a través de heridas en contacto con agua contaminada. También denominada granuloma de las piscinas o de los acuarios.

Caso clínico

Hombre de 47 años con lesión en 5º dedo de pie izquierdo de 18 meses de evolución. Practica ciclismo. La lesión comenzó como un “grano con pus” y había continuado empeorando a pesar de tratamiento tópico (corticoides y antifúngicos) y oral (amoxicilina). Presentaba una lesión en placa violácea empastada (con alguna zona costrosa) abarcando todo el dedo además de una lesión papulosa en dorso del pie (de nueva aparición). El estudio histológico mostró inflamación granulomatosa y en el cultivo creció un *Mycobacterium marinum*. Tras antibiograma, se instauró tratamiento con claritromicina, con resolución de las lesiones.

Discusión

En las infecciones por *Mycobacterium marinum* es fundamental la historia clínica, que incluya antecedentes epidemiológicos. Clínicamente suele observarse una lesión empastada (placa, nódulo, úlcera) de coloración violácea en la zona de inoculación del microorganismo. Histológicamente podemos encontrar inflamación granulomatosa necrotizante y la tinción Ziehl-Neelsen en ocasiones es positiva. El cultivo es positivo en el 70-80% de los casos, pero debe ser realizado en condiciones precisas (30-37°C), por lo que es muy importante advertir al laboratorio que sospechamos infección por este microorganismo. Su tratamiento no está estandarizado (a veces precisa combinación de antibióticos) y generalmente se prolonga 3 o 4 meses.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

¡Camarero, una de marisco!

Laura Bernal Masferrer(1), Jorge Arostegui Aguilar(1), Adrián Diago Irache(1), Pedro Gil Pallares(1), Mariana Claudia Matei(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Itziar Muelas Rives(1), Ignacio Hernández Aragüés(1) de (1)Hospital Universitario Miguel Servet Servicio de Dermatología

El colgajo centollo es un colgajo de doble transposición descrito inicialmente por Russo- De la Torre et al diseñado para la reconstrucción de defectos triangulares, proporcionando una adecuada redistribución de los tejidos circundantes con excelentes resultados funcionales y estéticos. Se trata de una técnica quirúrgica poco descrita en la literatura, con series publicadas limitadas y escaso análisis de sus indicaciones y resultados a largo plazo.

Presentamos una serie amplia de pacientes, en la que se han intervenido pacientes con defectos en diferentes localizaciones, incluyendo mejilla, nariz, cuero cabelludo y tronco, no sólo con defectos triangulares, como había sido inicialmente descrito, sino también defectos circulares, ovalados o cuadrangulares, lo que refuerza su versatilidad. Se recogen datos sobre las indicaciones, diseño quirúrgico, complicaciones postoperatorias y evolución clínica. Nuestra serie pone de manifiesto la versatilidad del colgajo centollo, su aplicabilidad en diversas zonas anatómicas y su eficacia en la restauración del contorno y la funcionalidad de los tejidos.

Los resultados obtenidos refuerzan la utilidad del colgajo centollo como una alternativa eficaz en la reconstrucción de defectos de diferente morfología, ampliando su descripción en la literatura y aportando evidencia adicional sobre su seguridad y reproducibilidad en la práctica quirúrgica dermatológica.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Claves quirúrgicas para la reconstrucción de grandes defectos en región dorsal

Deiane Marcos Muñagorri(1), Inés Oteiza Rius(1), Elisa María Gómez González(1), Ane Carrera Gabilondo, Coral Alejandra Garrido Báez(1), Isabel Jorques(1), Rafael Salido Vallejo(1) de (1)Clínica Universidad de Navarra, Departamento de Dermatología

Introducción

La reconstrucción de grandes defectos en región dorsal resulta compleja debido a las mayores fuerzas de tensión y la menor vascularización en comparación con la región facial. Por este motivo, las técnicas reconstructivas avanzadas, como los colgajos libres o de perforantes, suelen emplearse con frecuencia. Los colgajos locales son otra alternativa terapéutica, entre los cuales los colgajos de avance, aunque menos utilizados en la reconstrucción de defectos en el tronco, pueden ser una opción adecuada.

Material y métodos

Se realizó una revisión de la literatura para evaluar la adecuación de los colgajos de avance en defectos dorsales y sus aspectos técnicos clave. Asimismo, se presentan tres pacientes sometidos a extirpación quirúrgica y posterior reconstrucción con colgajos de avance y avance-rotación, detallando los procedimientos realizados y resultados obtenidos en funcionalidad y estética.

Resultados y discusión

Los colgajos de avance permiten desplazar tejido hacia un defecto quirúrgico manteniendo su irrigación a través de un pedículo vascular aleatorio. En la región dorsal, la limitada vascularización exige un plano de disección subfascial y pedículos amplios, para garantizar la viabilidad del tejido, lo que implica un despegamiento cutáneo extenso. Para evitar hematomas o seromas, suele ser necesario el uso de drenajes en el postoperatorio inmediato.

En los casos presentados no se observaron complicaciones, destacando un menor tiempo quirúrgico y morbilidad en comparación con los colgajos libres, circunstancia especialmente útil en pacientes de edad avanzada.

Conclusiones

Los colgajos locales de avance constituyen una alternativa adecuada para la reconstrucción quirúrgica de defectos en región dorsal. La existencia de un pedículo amplio, así como su plano de disección subfascial permiten una alta viabilidad en relación con otros colgajos locales y se asocia a una menor morbilidad que los colgajos libres.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Un caso de micosis fungoide en edad pediátrica

Mary Carolina Antonetti Roso(1), Sergio García González(1), José González Fernández(1), Paula Soto Revuelta(1), Karol Nicole Sabas Ortega(1), Lydia Corbalán Escortell(1), José Asensio Gómez(1), Javier Soro Miranda(1), Mar García García(2), Lucía Prieto Torres(1), Mariano Ara Martín(1) Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción

La micosis fungoide (MF) es considerada poco frecuente en la infancia, aunque es el linfoma cutáneo que más se diagnostica en este grupo de edad. Presentamos el caso de un niño con MF hipopigmentada y foliculotropa que supuso un reto diagnóstico.

Caso clínico

Paciente varón de 14 años, con lesiones cutáneas asintomáticas de meses de evolución. A la exploración física presenta placas hipocrómicas bien delimitadas, compuestas por pápulas foliculares ásperas al tacto con alopecia focal, localizadas en región pretibial bilateral, brazos y tronco. Se realiza biopsia cutánea con sospecha clínica de liquen espinuloso vs. psoriasis folicular vs. MF foliculotropa vs. mucinosis folicular vs. vitiligo, y se remite para estudio anatomopatológico, cuyo informe reporta infiltrado foliculotropo compuesto por linfocitos T de predominio CD4 sobre CD8 con leve aumento de mucina intersticial, por lo cual se solicita estudio de reordenamiento clonal, mostrándose una banda clonal de la cadena gamma de TCR. Se pauta tratamiento con acitretino, con respuesta parcial, por lo actualmente está con fototerapia UVB-BE.

Discusión/conclusiones

En la infancia, la forma hipopigmentada de MF es la más frecuente, suponiendo un reto diagnóstico por su similitud con otras dermatosis hipopigmentadas (dermatitis atópica, vitiligo, pitiriasis versicolor, entre otras). También se puede observar la variante foliculotropa, que debe diferenciarse clínicamente de otras dermatosis foliculares como la psoriasis folicular, que en nuestro caso generó dudas diagnósticas. Hay que tener en cuenta que en la etapa pediátrica existen peculiaridades en la presentación de la MF, tales como, la mayor frecuencia de asociación de las variantes anteriormente descritas así como el mejor pronóstico de las mismas. Clínicamente la MF hipopigmentada se caracteriza por máculas hipocrómicas, y la variante foliculotropa por pápulas foliculares, quistes o comedones. A nivel histopatológico ambas presentan infiltrado de linfocitos T atípicos, predominando el foliculotropismo en la variante foliculotropa. Por todo lo anteriormente expuesto, el caso de nuestro paciente es interesante al presentar pápulas foliculares hipopigmentadas y una histopatología foliculotropa, combinando por tanto ambas variantes (MF hipopigmentada y foliculotropa), asociaciones que han sido escasamente descritas en la literatura.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Manifestaciones cutáneas como clave de una infección sistémica

Zita Álvarez Bobillo(1), Beatriz Clemente Hernández(1), Juan Blas Pérez Gilaberte(2), Juan José García Alfonso(1), Ignacio Hernández Aragüés(1), Marcial Álvarez Salafraña(1), María del Carmen Gómez Mateo(3), Alba Navarro Bielsa(1), Yolanda Gilaberte Calzada(1) de Servicio de (1)Dermatología, (2)Medicina Interna y (3)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, IIS Aragón

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad crónica de distribución mundial causada por protozoos del género *Leishmania*. Se presenta en tres formas: cutánea (más común), mucocutánea y visceral o kala azar (más grave). Su diagnóstico se basa en la detección de amastigotes en muestras clínicas, y los tratamientos de primera línea incluyen antimoniales pentavalentes y Anfotericina B liposomal. Presentamos dos casos de leishmaniasis visceral con afectación cutánea.

Caso clínico

Caso clínico 1: Mujer de 78 años con síndrome constitucional, síntomas B, febrícula de un mes y lesiones cutáneas faciales. Presentaba lesiones eritematosas e hiperqueratósicas en labio superior y nariz, una úlcera en labio inferior y pápulas eritemato-anaranjadas en región periocular. La biopsia confirmó leishmaniasis cutánea. Además, el PET-TC mostró esplenomegalia y el aspirado de médula ósea reveló *Leishmania*, diagnosticándose leishmaniasis visceral concomitante.

Caso clínico 2: Mujer de 49 años en la que se detectan adenopatías axilares izquierdas en TC de seguimiento por otra patología, así como una pápula eritematosa en antebrazo izquierdo. No presentaba fiebre, síndrome constitucional, ni alteraciones analíticas. La punción con aguja gruesa de una de las adenopatías y la biopsia de la lesión cutánea revelaron una linfadenitis y dermatitis granulomatosa con visión de amastigotes en el citoplasma de los histiocitos, llegando así al diagnóstico de leishmaniasis visceral.

Discusión

La leishmaniasis constituye una zoonosis emergente en nuestro medio, jugando un papel clave las manifestaciones cutáneas para la detección de leishmaniasis visceral. Un diagnóstico precoz de estas lesiones puede ser fundamental para prevenir la progresión a enfermedad sistémica.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Melanosis neurocutánea: ¿cuándo sospecharla y cuándo realizar pruebas de imagen?

Jone López Martínez(1), Rosa María Escribano de la Torre(1), Sonia Heras González(1), Vanesa Fatsini Blanch(1), Amaia Urtaran Ibarzabal(1), Sergio Moreno Palma(1), Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya(1), Ricardo González Pérez(1) de (1)Hospital Universitario Araba, Servicio de dermatología médico-quirúrgica y venereología

Introducción

La melanosis neurocutánea (MNC) es un trastorno neurológico poco frecuente producido por la existencia de agregados anormales de melanocitos en el sistema nervioso central, asociados con nevos congénitos, en general grandes o gigantes. La MNC puede ser asintomática o presentar un deterioro neurológico de pronóstico variable, que puede ser muy desfavorable.

Caso clínico

Lactante de 11 meses que acudió a nuestra consulta para valoración de un nevus melanocítico congénito (NMC) mediano en zona lumbar derecha, que sobrepasaba ligeramente la línea media y presentaba una zona deprimida en su interior. Al explorarla se observó que presentaba otros dos NC en la rodilla derecha y en la planta del pie de esa misma extremidad.

Adicionalmente presentaba otras lesiones dispersas, de menor tamaño, sugestivas de satelitosis.

Ante estos hallazgos y aunque la paciente se encontraba asintomática a nivel neurológico, tras consensuar la decisión con los padres, se decidió realizar una resonancia magnética (RM) craneal y medular, detectándose la existencia de lesiones hiperintensas en la corteza cerebral, a nivel cortical frontal parasagital derecho, en el córtex basal occipital supratentorial ipsilateral y en la corteza de ambos hemisferios cerebelosos que confirmaban la presencia de melanosis leptomenígea craneal.

Discusión

Existen situaciones consideradas de alto riesgo (NMC gigantes, con múltiples satelitosis, de localización en cuero cabelludo y/o línea media) en las que el consenso es unánime a la hora de establecer la necesidad de descartar MNC mediante la realización de RM. Sin embargo, este criterio puede ser más discutible cuando hablamos de pacientes con varios NMC no grandes ni gigantes, sobre todo si están asintomáticos a nivel neurológico, porque podemos encontrar hallazgos radiológicos que no lleguen a tener traducción clínica y que generen importante estrés emocional a los progenitores. A favor, el hecho de filiar correctamente este cuadro permite un diagnóstico más precoz y temprano y ayuda a avanzar en el conocimiento de la MNC y en el desarrollo de dianas terapéuticas.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Asociación inusual de psoriasis y lupus eritematoso cutáneo: a propósito de un caso

Paula Rodríguez-Jiménez(1), Miren Josune Michelena-Eceiza(1), Isabel Ibarrola-Hermoso de Mendoza(1), Clara Miguel-Miguel(1), Marina López de Dicastillo-Cía(1) y Juan Ignacio Yanguas-Bayona(1) de (1)Hospital Universitario de Navarra-Servicio de Dermatología

Introducción

La psoriasis es una dermatosis frecuente asociada a diversas comorbilidades, siendo inusual su coexistencia con enfermedades autoinmunes del tejido conectivo. Se estima una incidencia de 0,69% de pacientes con psoriasis que asocian lupus, resultando estos casos un desafío diagnóstico y terapéutico.

Material y método

Se presenta el caso de una paciente con psoriasis y lupus eritematoso cutáneo subagudo tratada con deucravacitinib satisfactoriamente.

Resultados

Mujer de 51 años, con antecedente de psoriasis grave de larga data tratada con tópicos, fototerapia y metotrexato, sin tratamiento activo en ese momento.

Acudió a nuestro centro por brote de psoriasis grave, instaurándose tratamiento con fototerapia con buena respuesta. Posteriormente, presentó dos brotes anuales consecutivos de psoriasis por lo que se propuso iniciar tratamiento sistémico, que fue desestimado por la paciente y se controlaron parcialmente con fototerapia. Durante la administración de fototerapia, comenzó con lesiones compatibles clínica e histológicamente con lupus eritematoso cutáneo subagudo. El estudio de autoinmunidad reveló ANA positivo a títulos de 1/320 y anti-DNA bicatenario de 53.

Se comenzó tratamiento inicialmente con hidroxicloroquina y posteriormente con ciclosporina, suspendiéndolos por empeoramiento e intolerancia respectivamente. Finalmente, se instauró tratamiento con deucravacitinib con respuesta satisfactoria.

Discusión

Presentamos este caso de complejo manejo terapéutico, donde deucravacitinib ha demostrado ser una buena alternativa. Deucravacitinib inhibe selectivamente la enzima TYK2, que media en la señalización de la interleucina-23, interleucina-12 e interferón de tipo I, citocinas involucradas en la patogénesis de la psoriasis y el lupus.

Palabras clave

Psoriasis, lupus eritematoso cutáneo, deucravacitinib.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Fascitis eosinofílica sin eosinofilia: todo un reto diagnóstico

Iñigo Sánchez(1), Mikel Meruelo(2), Nekane Martínez(1), Jurvist Rodríguez(1), Irene Arevalo Ortega(1), R. Izu Beloso (1), Mary Johana Silva Carmona(3) de (1)Hospital Universitario Basurto. Bilbao Dermatología, (2)Hospital Comarcal de Mendaró. Guipúzcoa Dermatología y (3)Hospital Universitario de Donostia Anatomía Patológica

Introducción

La fascitis eosinofílica o síndrome de Shulman es un trastorno poco común de etiología y patogenia poco comprendidas. Principalmente afecta a la fascia subcutánea provocando edema y engrosamiento de las extremidades y del tronco. Su diagnóstico es desafiante por las similitudes que presenta con otras entidades autoinmunes.

Caso clínico

Se describe el caso de una mujer de 66 años con antecedentes de hipotiroidismo autoinmune, vitiligo, liquen escleroso y atrófico y síndrome ansioso-depresivo. Refería desde hace 8 meses edema en manos y pies asociado a pérdida de movilidad y ponderal de 15 kgs. A la exploración destaca un muy llamativo edema y engrosamiento bilateral y simétrico de las 4 extremidades que condiciona la aparición del signo del surco en antebrazo derecho. Los estudios analíticos revelaron ANAs positivos a 1/160, anticuerpos cN-1a positivos y una PCR ligeramente elevada sin eosinofilia periférica. La CK resultado normal. Inicialmente, se realizó una biopsia mediante punch que no incluyó la fascia resultando inespecífica. El apoyo de técnicas de imagen como la resonancia magnética (RMN) mostró fascitis del cuádriceps, motivando la realización de una biopsia en cuña que incluyera la fascia. En este caso los hallazgos histológicos de: esclerosis de la dermis profunda, atrofia de los anexos cutáneos, fibrosis a través de los septos de la hipodermis y un marcado engrosamiento de la fascia superficial con infiltrado inflamatorio crónico sin eosinófilos; confirmaron (a pesar de la ausencia de eosinófilos en la muestra y en sangre periférica) el diagnóstico de fascitis eosinofílica. Se inició tratamiento con prednisona y metotrexato con mejoría en las extremidades superiores pero no en las inferiores, por lo que recientemente se ha añadido tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.

Discusión y conclusión

La fascitis eosinofílica es todo un reto diagnóstico y terapéutico dada su baja prevalencia. El presente caso subraya la importancia de una evaluación clínica detallada y la pertinencia de realizar estudios complementarios como la RMN y una biopsia en cuña que incluyan la fascia; para llegar al diagnóstico de fascitis eosinofílica. Este caso es especialmente interesante debido a la ausencia de eosinófilos tanto en sangre como en los tejidos.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Colagenosis perforante reactiva adquirida con resolución espontánea en una paciente con polimialgia reumática

Jurvist Rodríguez-Blandón(1), Nekane Martínez Peña(1), Ane Lobato Izagirre(1), Mikel Meruelo Ruano(1), Ana Sánchez Díez(1), Iria Fernández de la Prieta(2), Rosa Izu Beloso(1) de Servicio de (1)Dermatología y (2)Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Introducción

La colagenosis perforante reactiva adquirida (CPRA) es un trastorno dermatológico poco frecuente, caracterizado por la eliminación transepidérmica de colágeno alterado. Se asocia principalmente a enfermedades metabólicas, como diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica, aunque también se ha descrito en pacientes con lupus y dermatomiositis. Su fisiopatología no está completamente esclarecida, pero se postula que la inflamación crónica, el prurito y el microtrauma en individuos genéticamente predispuestos desempeñan un papel clave en su desarrollo.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y polimialgia reumática (PMR) en seguimiento por Reumatología, tratada con leflunomida y prednisona en dosis bajas. Consulta por lesiones eruptivas de tres semanas de evolución. La exploración física revela múltiples pápulas de menos de 1 cm, con centro costroso y borde eritematoso sobreelevado, localizadas exclusivamente en la espalda. Los análisis sanguíneos solo evidencian una leve elevación de la proteína C reactiva. Se realiza una biopsia punch, cuyo estudio histopatológico confirma el diagnóstico de CPRA al demostrar la eliminación transepidérmica de colágeno. Las lesiones se resuelven espontáneamente, dejando hiperpigmentación residual.

Discusión y conclusiones

Este caso resalta la posible relación entre la CPRA y enfermedades reumatológicas. La evolución autolimitada de las lesiones podría estar influenciada por el tratamiento inmunomodulador de base, lo que refuerza la hipótesis de la inflamación como un factor fisiopatológico clave. El abordaje terapéutico incluye opciones tópicas (corticoides, queratolíticos), sistémicas (retinoides, doxiciclina) y fototerapia. En casos refractarios, se han descrito tratamientos con upadacitinib y dupilumab. La CPRA debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones pápulo-costrosas en pacientes con patologías metabólicas e inflamatorias.



Reunión de la Sección Vasco-Navarro-Aragonesa-Riojana
de la Academia Española de Dermatología y Venereología
SAN SEBASTIÁN | 4 y 5 de abril de 2025 |

PÓSTER

Úlcera amigdalara: una presentación atípica

Joseba Ugedo Alzaga(1), María Jesús Barbera Gracia(2), Rebeca Pérez Blasco(1), Gorka Muñiz Unamunzaga(3), María del Rosario Almea Ferrer(3), Leonora Hernández Ragpa(3), Sofía Ibarra Ugarte(2), Tamara García del Rey(4), Mireia Melero Luque(5), Josefina López de Munain López(2) de (1)Dermatología del Hospital Universitario Cruces, (2)Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Basurto, (3)Anatomía Patológica Hospital Universitario Cruces, (4)Medicina Familiar y comunitaria del Hospital San Eloy y (5)Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Cruces

Introducción

La infección por el virus del herpes simple (VHS) es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes. El VHS-1 se asocia con lesiones orolabiales, mientras que el VHS-2 con infecciones genitales. Sin embargo, la transmisión oral del VHS-1 mediante sexo oral está en aumento.

Caso clínico

Mujer de 38 años con úlcera indolora en el pilar amigdalino derecho sin antecedentes médicos relevantes. Una semana antes, presentó odinofagia, fiebre y exudado amigdalino, tratados con amoxicilina-clavulánico. Tras el tratamiento, la paciente visualizó una úlcera persistente e indolora.

Refirió un encuentro sexual de riesgo con sexo oral sin protección. En la exploración, se observó una úlcera profunda con bordes irregulares y mucosa perilesional alterada, sin linfadenopatías palpables en la consulta, aunque previamente tuvo adenopatía cervical dolorosa. Se realizó biopsia y pruebas PCR. Se confirmó infección aguda por VHS-1 con IgM positiva y hallazgos histopatológicos compatibles. Se instauró tratamiento con valaciclovir 1 g cada 12 horas, con resolución en dos semanas.

Discusión

Las úlceras amigdalares por VHS son raras y suelen ser diagnosticadas erróneamente debido a su presentación atípica. La manifestación típica de la infección por herpes en la boca suele darse en formar de gingivostomatitis y no como una úlcera única. Dentro de los diagnósticos diferenciales es importante descartar neoplasias como el carcinoma de células escamosas o linfomas ante úlceras persistentes o atípicas, requiriendo evaluación histopatológica. Otra de las causas puede ser la sífilis primaria que puede aparecer como una úlcera amigdalara indolora y aunque sea infrecuente la tuberculosis también debe descartarse.

Conclusión

Las infecciones por VHS en la amígdala son una entidad poco frecuente. En nuestro caso el diagnóstico se basó en la evolución de la úlcera y en la histopatología. Este caso queremos destacar la presentación de una infección de transmisión sexual de manera atípica.



PÓSTER

Engrosamiento del pezón: cuando un síntoma sutil revela el cáncer de mama

Irati Irizar Aguirre(1), Salomé Álvarez Sánchez(1), Irati Allende Markixana(1), Belén Navajas Pinedo(1), Izaskun Ocerín Guerra(1), Marta Mendieta Eckert(1), Maria Nerea Agesta Sánchez(1), Begoña Udondo González Del Tánago(1) de (1)Hospital Universitario de Cruces, Servicio de Dermatología

Introducción

El adenocarcinoma de mama es una enfermedad que afecta aproximadamente a una de cada ocho mujeres. El diagnóstico de esta afección puede realizarse mediante pruebas radiológicas o clínicamente, a través de la palpación de una tumoración. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos, la enfermedad puede no manifestarse mediante una masa palpable, sino a través de alteraciones cutáneas. Generalmente, el cáncer de mama se origina en la unidad ducto-lobulillar terminal de la glándula mamaria, y es sumamente raro que se origine en los conductos del pezón. Las alteraciones en la piel del pezón suelen estar asociadas a condiciones como la enfermedad de Paget, la enfermedad de Bowen o afecciones como la adenomatosis erosiva. De este modo, el carcinoma ductal invasivo limitado al complejo areolar-pezón se considera una presentación extremadamente infrecuente. Esto resalta la importancia de una exhaustiva exploración física y de realizar biopsias, incluso cuando las mamografías no muestren alteraciones, para poder identificar casos atípicos como este y tratarlos de forma precoz.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente de 61 años remitida a dermatología por su ginecólogo por un aumento de tamaño y consistencia en el pezón izquierdo tras realizarse una mamografía y una ecografía con biopsia guiada que resultaron normales. En dermatología se tomó una biopsia sospechándose patologías frecuentes de dicha localización como la adenomatosis erosiva, llegando al diagnóstico de carcinoma ductal invasor limitado al pezón. La paciente fue sometida a una cuadrantectomía central y completó el tratamiento con quimioterapia y radioterapia encontrándose ahora en remisión total.

Conclusión

El cáncer de mama puede presentar manifestaciones cutáneas en hasta un 10% de los casos, siendo excepcional que el carcinoma se limite exclusivamente al pezón. Este caso resalta la importancia de realizar una exploración física exhaustiva, que no debe ser reemplazada por pruebas complementarias o fotografías clínicas. Además, pone de relieve el papel fundamental del dermatólogo en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, especialmente ante cualquier cambio persistente en el pezón, lo cual debe ser motivo de sospecha clínica. La vigilancia con un examen detallado y el estudio histológico son esenciales para detectar casos inusuales y garantizar una intervención temprana.

PLATINO



ORO



PLATA



BRONCE

