



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y TERAPÉUTICA

XX CosmoDerm

Madrid, 22-24 de noviembre de 2012

ESCAD (European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology) - GEDET (Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica de la AEDV)

XXIV Reunión GEDET

Ponencias

1. GUÍA DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS. CUIDADOS DEL PELO

A. Guerra Tapia

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Los tratamientos de quimioterapia y radioterapia empleados para la resolución de los cuadros oncológicos dan lugar a una serie de efectos secundarios sobre la piel y sus anejos de gran repercusión en la calidad de vida de estos enfermos y, en consecuencia, en el proceso de curación del cáncer. Los efectos secundarios que experimenta el pelo, en especial los pelos terminales (cabello, barba, cejas y pestañas), son quizá los más importantes por su elevada morbilidad, por su presentación aguda y por la importante modificación de la imagen corporal que experimenta el paciente, que se ve potenciada por otros cambios físicos ocasionados también por la terapia instaurada. Entre todos estos efectos el más importante es, sin lugar a dudas, la alopecia. La literatura científica diferencia dos tipos fundamentales de alopecia en pacientes oncológicos, la Alopecia Inducida por Quimioterápicos (las siglas en inglés CIA), por lo general transitoria y que se recupera meses después de finalizada la terapia, y la Alopecia Inducida por Radioterapia (siglas en inglés RIA), en ocasiones de carácter permanente debido a la acción que ejerce sobre los folículos pilosos este tipo de terapias. Son muchos los estudios que ponen de manifiesto la importancia que tiene el abordaje correcto de este tipo de efectos secundarios inevitables de la terapéutica antioncológica y que va desde el asesoramiento psicológico (técnicas de anticipación), hasta el empleo de pelucas, bisonés, pañuelos y sombreros. También se están revisando las técnicas de enfriamiento del cuero cabelludo, el empleo de fármacos promotores del crecimiento capilar, algunos de ellos de nueva sín-

tesis y en fase experimental, y el desarrollo para casos muy concretos de técnicas quirúrgicas. Es muy importante, además, atender las dudas de carácter cosmético que los pacientes plantean con frecuencia cuando se enfrentan a la caída de pelo derivada del tratamiento así como sobre los cuidados especiales que hay que prestar al cuero cabelludo desnudo. Por último hay que señalar que las consideraciones cosméticas del cabello no finalizan al iniciarse la recuperación del mismo postratamiento, sino que, por el contrario, debe extenderse a lo largo de este período de tiempo debido a las modificaciones en cuanto a color y calidad del pelo que el cabello suele presentar al iniciar el recrecimiento. Por lo tanto, los efectos secundarios que sobre el pelo tienen las terapias antioncológicas deben cuidarse antes de iniciar el tratamiento, durante el transcurso del mismo y cuando este termina.

2. MAQUILLAJE CORRECTOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

T. Truchuelo Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Es bien conocido y avalado por la evidencia científica que el estado psicológico en los pacientes oncológicos es muy importante a la hora de afrontar el tratamiento de su enfermedad. Tener un buen apoyo familiar, fines por los que luchar, un buen cuidado de la alimentación así como conservar la higiene y cuidado personal serán signos positivos asociados a una mejor tolerancia y calidad de vida en estos pacientes. Por ello, se debe intentar que el paciente tenga una percepción buena y positiva de su propia imagen personal y que se acepte con su nueva imagen modificada irremediamente por el tratamiento oncológico. Aquí el dermatólogo puede ofertar una serie de consejos para dicho cuidado y entre ellos destacamos el maquillaje corrector. El maquillaje corrector debe cumplir una serie de requisitos básicos para ser clasificado como tal. Se resumirán

dichas características, el origen del maquillaje corrector y las diferentes técnicas utilizadas según los objetivos a alcanzar. Esta herramienta de camuflaje y optimización del aspecto personal puede ser fácilmente utilizada por los pacientes, exigiendo breves periodos de aprendizaje. Siguiendo unas técnicas básicas se puede conseguir homogenizar y camuflar el tono cetrino y aspecto demacrado o cansado de los pacientes. Además se pueden resaltar las estructuras del óvalo facial como ojos, pómulos o labios, que contribuyan a aportar un aspecto más saludable para los pacientes. Se trata de una forma de tratamiento de las imperfecciones faciales ocasionadas por la enfermedad y la quimioterapia que, aunque con efectos transitorios, es altamente eficaz a la hora de conseguir los efectos deseados de camuflaje y secundariamente beneficio psicológico de las pacientes.

3. LA MICROPIGMENTACIÓN COMO RESPUESTA A UNA NECESIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

O. Saceda Legaz^a y A. Marzo Martínez^b

^aSupervisora de la UCMA y de la Unidad de Micropigmentación.

^bEnfermera de la Unidad de Micropigmentación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Considerando que las expectativas de la población son cambiantes, que los sistemas de salud evolucionan y que el avance del conocimiento científico es continuo, la educación y la práctica de enfermería deben adaptarse a este nivel de exigencia, adquiriendo las competencias en los conocimientos, habilidades y conductas necesarias que den respuesta por un lado a las necesidades y demandas de salud de la sociedad y paralelamente a la consecución de los objetivos de las instituciones. Hoy en día, son muchos los procesos clínicos que afectan a la imagen corporal, como quirúrgicos, dermatológicos, quemaduras, y sobre todo procesos oncológicos, que suponen para los pacientes un sufrimiento no sólo físico, sino psicológico, por la parte emocional y también social que encierran. Uno de estos procesos afecta fundamentalmente a la mujer, tras la quimioterapia y la reconstrucción mamaria. Teniendo en cuenta esta realidad, en el año 2009 comienza a gestarse en el Hospital Ramón y Cajal la idea de concluir el proceso de la reconstrucción mamaria a través de la técnica enfermera de la micropigmentación. Este objetivo llevaba implícito un gran reto profesional, suponía la creación de una unidad que aunque dependiente del servicio de Cirugía Plástica, se perfilaría como una nueva Unidad de Enfermería autogestionada, donde la calidad de la prestación de los cuidados y la satisfacción del paciente iban a ser los elementos clave para su funcionamiento. En mayo de 2010, alineando las necesidades detectadas en nuestros pacientes, con los objetivos del hospital, logramos inaugurar la Unidad de Micropigmentación Enfermera. A la lista de espera de pacientes derivados de Cirugía Plástica se fue sumando la de otros servicios, como Dermatología y Oncología, ampliando así nuestra cartera de servicios a patologías susceptibles de recibir este tipo de tratamiento.

Objetivos: General: Completar el proceso de la reconstrucción mamaria y dar respuesta a sus posibles necesidades a través de la micropigmentación, potenciando la imagen corporal, la seguridad y la socialización de los pacientes. Específicos: Aumentar el catálogo de prestaciones del Hospital. Conocer el impacto de la técnica en la percepción de la imagen corporal de estos pacientes.

Metodología: Se presenta un Proyecto de Unidad que incluye: estructura física y organizativa, recursos humanos y materiales, formación, perfil de pacientes, protocolos, circuitos y difusión. Se crea la Consulta de Enfermería.

Resultados y conclusiones: 1. El procedimiento se ha aplicado a diferentes procesos oncológicos con resultados satisfactorios, lo que ha aumentado el catálogo de prestaciones de la Consulta de Micropigmentación. 2. La micropigmentación se afianza como una estrategia de intervención que ayuda a minimizar y mejorar las

posibles secuelas, fruto de los tratamientos oncológicos por quimioterapia. 3. La rigurosidad de los criterios en la aplicación del procedimiento a estos pacientes oncológicos es prioritaria para la obtención de resultados satisfactorios. 4. La aplicación del procedimiento está irresolublemente unida a la puesta en marcha de un plan de cuidados en pacientes oncológicos. 5. El conocimiento de la evolución del proceso oncológico nos ayuda a anticiparnos a las necesidades de estos pacientes. 6. El grado de satisfacción de las pacientes sometidas a micropigmentación es muy alto; si bien este ha sido valorado a través de registros gráficos, está en marcha una segunda fase para el estudio cualitativo de los distintos aspectos psicológicos que afectan a estas pacientes. 7. La unidad se constituye como unidad de referencia para otros centros hospitalarios y otros profesionales.

4. EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS DE LOS NUEVOS FÁRMACOS QUIMIOTERÁPICOS

O. Sanmartín Jiménez

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

La introducción rutinaria de los tratamientos antitumorales en la terapéutica oncológica habitual ha permitido una gran mejora en la eficacia de la quimioterapia antineoplásica, con aumento de las tasas de remisión completa, reducción de las toxicidades habituales de la quimioterapia y mejora en la calidad de vida del paciente oncológico. No obstante, estas mejoras han venido acompañadas de la aparición de numerosos efectos secundarios cutáneos nuevos, desconocidos en muchas ocasiones para el oncólogo y que requieren una alta especialización dermatológica para su control y tratamiento. En esta presentación revisaremos el control de la foliculitis inducida por anti EGFr y de su toxicidad ungueal. Estudiamos las diferencias clínicas, histológicas y terapéuticas entre el síndrome pie-mano de los inhibidores multiquinasa y el eritema acral inducido por quimioterapia. Estudiaremos las aftosis inducidas por inhibidores m-TOR. Haremos una puesta al día de las toxicidades emergentes por nuevos fármacos como el vemurafenib, dicitinib, dasatinib, etc.

5. DIEZ PROBLEMAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN. ESTRÍAS

M.P. Cerdá Escar

Introducción: Las estrías de distensión son un inestetismo cutáneo frecuente y de difícil resolución cuando aparecen. Se manifiestan como cicatrices atróficas blancas nacaradas en su fase de estado, pero debutan por un estadio inflamatorio en que presentan una coloración rojiza que puede prolongarse durante meses. Las causas son múltiples y las más frecuentes son los cambios de volumen corporal, como en el embarazo, cambios ponderales y alteraciones hormonales. La mayoría aparecen en la adolescencia en ambos sexos o en diferentes endocrinopatías, como la enfermedad de Cushing. En algunos casos son de origen yatrogénico por el abuso de corticosteroides tópicos en una determinada zona cutánea. Patogénicamente son el resultado de una agresión a los fibroblastos. Como consecuencia existe un bloqueo de la síntesis de RNA de macromoléculas y disminución de mensajero codificado para colágeno I y III para la fibronectina. La tensión permanente de la piel también influye en la formación de estrías. En la fase inicial inflamatoria los resultados del tratamiento son más óptimos.

Tratamiento: Las posibilidades terapéuticas están basadas en la etiopatogenia y siempre van dirigidas a una "agresión" frente a la epidermis y dermis unido a una modulación del fibroblasto para la normalización del medio bioquímico dérmico y la reparación epidérmica. Una vez que han surgido las estrías de distensión son de difícil resolución. Existen varios tipos de actuaciones: 1. Tratamiento

to cosmético: con cremas de aplicación tópica que contengan emolientes con aceite de rosa de mosqueta y centella asiática, así como ácido hialurónico. 2. Tratamiento médico, siendo el más eficaz la aplicación tópica de tretinoína al 0,1% en excipientes antiirritantes. 3. Láseres ablativos y no ablativos, así como en la fase inflamatoria de las estrías, la utilización de colorante pulsado 585 y sus variaciones, eligiendo como diana el color rojo de la estria. 4. La microdermoabrasión con cristales de corindón, los *peelings* químicos de AHA y BHA también resultan eficaces y siempre en combinación con otras técnicas. 5. La mesoterapia con ácido hialurónico unido a diferentes "cócteles vitamínicos", similares a los utilizados en el fotocronoenvjecimiento cutáneo. 6. La utilización de plasma rico en plaquetas en mesoterapia, junto con todo lo anterior comentado.

Perla terapéutica en estrías de distensión

1. Tretinoína tópica 0,1%.
2. Agresión epidérmica a elegir según posibilidades del médico y del paciente: láser, IPL, microdermoabrasión, *roller*, *peeling* químico.
3. Regeneración epidérmica y modulación del fibroblasto FCP (plasma rico en plaquetas) aplicado a diferentes niveles mediante infiltración mesoterápica desde la dermis y en cada estria utilizando el método "blanching".

Los resultados son mejores utilizando los FCP que sin ellos, lo que amplía el manejo terapéutico de un inestetismo cutáneo de difícil resolución.

6. TRATAMIENTO DE LA SARCOIDOSIS CUTÁNEA CON DOXICILINA

A. López Pestaña^a, N. Ormaechea Pérez^a, C. Lobo Morán^b y A. Tuneu Valls^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa que puede afectar a numerosos órganos, principalmente el pulmón, los ganglios linfáticos y la piel. Sin embargo, también el globo ocular, el corazón o el sistema nervioso central pueden estar implicados, siendo el grado de afectación sistémica lo que condiciona el pronóstico. Aunque su etiología es desconocida, diversos estudios han demostrado su relación con la exposición a numerosos antígenos exógenos, en individuos genéticamente susceptibles, lo que desencadenaría una respuesta inflamatoria de linfocitos T helper tipo 1, con la formación de los granulomas sarcoideos. En más del 60% de los casos, estos granulomas se resuelven sin secuelas en 2-5 años, pero en un 10-30% la enfermedad se cronifica o progresa hacia la fibrosis, siendo esta evolución dependiente de factores del huésped. En un tercio de los casos el diagnóstico se realiza a partir de las lesiones cutáneas, que pueden ser la única manifestación reconocible de la enfermedad, por lo que los dermatólogos jugamos un importante papel en el diagnóstico, la evaluación inicial y el seguimiento de esta enfermedad, ya que las alteraciones sistémicas pueden ser asintomáticas o aparecer años más tarde. Respecto a las lesiones cutáneas, estas pueden ser específicas, es decir, mostrando los típicos granulomas no caseificantes, o inespecíficas, siendo el eritema nodoso su principal representante. Las lesiones específicas pueden adoptar múltiples manifestaciones clínicas y simular numerosas dermatosis. El tratamiento de la sarcoidosis depende del tipo y la gravedad del órgano afectado, debiendo ser tratada siempre si hay afectación ocular, cardíaca o neurológica. En otros casos, puesto que la enfermedad puede permanecer estable o remitir espontáneamente, una actitud expectante puede ser la mejor opción, dada la toxicidad de los fármacos empleados. En el caso de la sarcoidosis cutánea, vendrá condicionado por el grado de desfiguramiento o las molestias que las lesiones produzcan. En el tratamiento sistémico de la sarcoidosis

cutánea se emplean como primeras opciones los corticoides, los antipalúdicos y el metotrexato, aunque no hay estudios randomizados, controlados con placebo, que evalúen su eficacia. De hecho, en ocasiones la mejoría es parcial o los fármacos producen efectos secundarios difícilmente asumibles para la patología tratada. Algunos estudios han demostrado la utilidad de las tetraciclinas (minociclina y doxiciclina) en el tratamiento de la sarcoidosis cutánea, probablemente por su efecto inmunomodulador más que antimicrobiano, ya que estos fármacos impiden la formación del granuloma, al inhibir la proteínquinasa C. Considerando los escasos efectos secundarios de estos fármacos, si se comparan con los corticoides sistémicos o el metotrexato, pensamos que deberían elegirse como una de las primeras opciones terapéuticas. En esta ponencia exponemos nuestra experiencia en el tratamiento de sarcoidosis cutáneas extensas o desfigurantes con doxiciclina oral. Elegimos esta molécula en vez de la minociclina por tener menos efectos secundarios. Presentamos dos casos: el primero es una mujer de 58 años, con sarcoidosis papular en glúteos y engrosamiento desfigurante de los labios, donde se había infiltrado silicona 38 años antes. Presentaba además afectación uveal. El segundo es otra mujer, de 54 años, con sarcoidosis subcutánea a nivel de brazos, piernas y glúteo izquierdo, artritis en tobillos y afectación pulmonar con adenopatías mediastínicas y afectación intersticial micronodular. En ambas pacientes, la afectación extracutánea no precisaba tratamiento según los especialistas correspondientes. Pautamos doxiciclina oral 200 mg al día, observándose en ambos casos la resolución completa de las lesiones cutáneas en los 2 primeros meses de tratamiento. Posteriormente se instauró una pauta descendente para evitar recidivas. Como conclusión, pensamos que la doxiciclina oral puede ser eficaz y debería ser considerada como la primera opción terapéutica en las sarcoidosis cutáneas extensas o desfigurantes. Sin embargo, se necesitan estudios controlados randomizados para evaluar su eficacia real, tanto en las lesiones cutáneas como sistémicas. También podría considerarse su uso en el tratamiento de otras dermatosis granulomatosas como la queilitis granulomatosa o los granulomas subcutáneos inducidos por silicona u otros materiales extraños.

Bibliografía

Bachelez H, Senet P, Cadranet J, Kaoukhov A, Dubertret L. The use of tetracyclines for the treatment of sarcoidosis. Arch Dermatol. 2001;137:69-73.

7. HIPOMELANOSIS GUTTATA IDIOPÁTICA

I. Querol Nasarre

Indoderm.

La hipomelanosis guttata idiopática (HGI), es un trastorno pigmentario muy frecuente, caracterizado clínicamente por la aparición de múltiples máculas acrómicas de 2-5 mm de diámetro, asintomáticas, principalmente en las piernas y en otras áreas fotoexpuestas (antebrazos, escote, espalda), si bien la cara solo se afecta en un 6% de los casos.

Histológicamente se caracteriza por hiperqueratosis, asociada en algunos casos con atrofia epidérmica y aplanamiento del límite dermoepidérmico, y por una disminución del número de melanocitos y de pigmento melánico.

Entre los factores implicados en su etiopatogenia destacan:

- La edad: Las lesiones son más frecuentes a partir de los 40 años, aumentando su número con la edad.
- La exposición a los rayos ultravioleta: La HGI se incluye entre los fenómenos clínicos asociados al fotoenvejecimiento, asociándose con mucha frecuencia a léntigos solares. Se ha descrito su aparición tras tratamientos con PUVA y rayos UVB de banda estrecha.
- Los microtraumatismos: La HGI es más frecuente en personas que utilizan métodos depilatorios abrasivos (*body scrubbers*).

La HGI ha sido considerada tradicionalmente como un proceso carente de tratamiento eficaz. Sin embargo en los últimos años han aparecido en la literatura diversos trabajos proponiendo algunas alternativas terapéuticas, entre las que se incluyen:

Prevención: Fotoprotección y evitar microtraumatismos.

Tratamiento global del fotoenvejecimiento: Tretinoína y otros agentes.

Terapéutica física: Dermoabrasión superficial, crioterapia (3-5 s) y láser CO2 fraccionado. Tratamiento con tacrolimus y pimecrolimus.

Bibliografía

- Shin J, Kim M, Park SH, Oh SH. The effect of fractional carbon dioxide lasers on idiopathic guttate hypomelanosis: a preliminary study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 May 31. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04597.x.
- Rerknimitr P, Disphanurat W, Achariyakul M. Topical tacrolimus significantly promotes repigmentation in idiopathic guttate hypomelanosis: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Feb 10. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04462.x.
- Shin MK, Jeong KH, Oh IH, Choe BK, Lee MH. Clinical features of idiopathic guttate hypomelanosis in 646 subjects and association with other aspects of photoaging. *Int J Dermatol*. 2011;50:798-805.
- Kim SK, Kim EH, Kang HY, Lee ES, Sohn S, Kim YC. Comprehensive understanding of idiopathic guttate hypomelanosis: clinical and histopathological correlation. *Int J Dermatol*. 2010;49:162-6.
- Asawanonda P, Sutthipong T, Prejawai N. Pimecrolimus for idiopathic guttate hypomelanosis. *J Drugs Dermatol*. 2010;9:238-9.
- Kumarasinghe SP. 3-5 second cryotherapy is effective in idiopathic guttate hypomelanosis. *J Dermatol*. 2004;31:437-9.
- Hexsel DM. Treatment of idiopathic guttate hypomelanosis by localized superficial dermabrasion. *Dermatol Surg*. 1999;25:917-8.

8. DESAFÍO PARA EL DERMATÓLOGO: ROSÁCEAS. SOLUCIONES TERAPÉUTICAS

P. Umbert y N. Lamas

Hospital Universitario. Sagrado Corazón. Barcelona. España.

Una de las patologías cutáneas más difícil de manejar es la Rosácea. Nos enfrentamos a una enfermedad crónica con diversas presentaciones clínicas, y con respuesta variable frente a los tratamientos idóneos. Los fracasos al tratamiento se deben entre otros factores a: errores en el diagnóstico, tratamientos previos incorrectos, duración insuficiente del tratamiento, no se han valorado los factores desencadenantes, medicamentos que toma, no se ha tratado inicialmente el síntoma predominante, planificación del tratamiento adelantándonos a las diferentes fases de la evolución de la enfermedad, los excipientes y filtro solar no eran los correctos así como la estacionalidad, entre otros factores. Presentamos nuestra estrategia personal así como nuestras perlas terapéuticas.

9. TRATAMIENTO DE LA ATROFIA EN CARA Y MANOS

D. Arenas

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Existen procesos patológicos que provocan una pérdida de volumen de los tejidos blandos, la mayoría de las veces de forma asimétrica, afectando en muchas ocasiones las partes más visibles y expuestas del cuerpo como son la cara y las manos, con gran repercusión para la vida social y emocional de la persona que los padece. Las técnicas de restauración de volumen en cara y manos son, desde hace unos años, la base para lograr un rejuvenecimien-

to de estas zonas, junto con el tratamiento de la superficie cutánea. Partiendo del desarrollo de estas técnicas de restauración volumétrica en el campo de la Dermatología y Cirugía Estéticas, se pueden aplicar los mismos conceptos para aportar volumen en aquellas zonas donde una enfermedad ha sido la causa del deterioro. En este grupo de cuadros incluimos las atrofas faciales, ya sea circunscritas como la esclerodermia, la morfea o la producida por el lupus o bien de afectación más extensa como las del síndrome de Parry-Romberg y el síndrome de Barraquer-Simons. En el caso de las manos la mayoría de los cuadros atroficos se deben a enfermedades neurológicas como la siringomielia y las parálisis de los nervios que inervan la mano, especialmente las afectaciones del nervio cubital que provocan atrofia de los músculos interóseos. Extrapolando las técnicas usadas en procedimientos puramente estéticos, lo habitual es recurrir al uso de materiales implantables de tipo reabsorbible, ya sea ácido hialurónico o hidroxipatita cálcica, debido a su demostrado perfil de seguridad y tolerancia en la mayoría de los pacientes. El plano de colocación del implante debe ser el tejido subdérmico, más o menos profundo, dependiendo de la deformidad que se debe corregir, pudiéndose plantear en algunos casos la necesidad de colocar el producto en un plano supraperióstico, en caso de atrofas faciales muy evolucionadas. En cuanto a la técnica de inyección se pueden usar agujas, habitualmente de 27 o 28 G o bien microcánulas de 25 o 27 G que disminuyen el dolor durante el tratamiento y minimizan la aparición de equimosis y daño a estructuras profundas.

10. FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIO Y CÉLULAS MADRE EN TRICOLOGÍA. ¿MARKETING O REALIDAD?

J. Ferrando Barberá

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Los factores de crecimiento plaquetario (FCP) son péptidos o fracciones proteicas bioactivas que estimulan la multiplicación, el crecimiento y la migración de las células, en general. Han sido ampliamente utilizados desde hace más de 10 años en traumatología, odontología, oftalmología, medicina estética y dermatología (úlceras isquémicas, trasplante de cabello). Desde hace más de 2 años los venimos utilizando para el tratamiento de la alopecia androgenética con resultados memorables (disminución como mínimo de un grado en la escala de Ebling). Estos resultados se objetivan a partir ya de la segunda sesión en muchos casos y son más notables en la FAGA que en la MAGA, sin embargo este estudio se ha realizado sin abandonar el tratamiento previo de base (minoxidil o finasterida) y se instauró cuando ya con dicho tratamiento de base no se obtenían mejores resultados. Algún otro autor español ha presentado también resultados semejantes en una serie larga de hasta 62 casos contrastados con Trichoscan (López Castillo et al. Congreso Nacional de la AEDV, Oviedo 2012, póster). Por otro lado los estudios realizados hasta ahora en el hombre con la implantación en cuero cabelludo de células madre autólogas de folículo piloso se refiere a una única serie de 19 casos (10 hombres y 9 mujeres) realizado por McElwee et al, de Canadá, y presentado en junio de este año en Barcelona en el 16th Meeting of The European Hair Research Society. Sus resultados solo consiguen una mejoría global del 6% a los 6 meses de una primera sesión. Dichos autores están en vías de mejorar el medio de cultivo celular y realizar estudios con una serie más larga de pacientes y probablemente tras varias sesiones. Así pues, vista esta evidencia podemos concluir que, al menos hoy por hoy, solo los FCP han mostrado una valía notable en el tratamiento de la alopecia androgenética, tanto masculina como femenina, y por tanto deben considerarse una opción terapéutica a los tratamientos ya firmemente establecidos.

11. EL LÁSER VENCE A LA CRISIS

L. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología y Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

En los más de 40 años transcurridos desde la aparición del láser en la dermatología, esta tecnología ha supuesto una revolución en el tratamiento de un gran número de patologías, así como una herramienta imprescindible para la mejoría cosmética de la piel. Realizamos un estudio basado en nuestra experiencia, analizando su uso en los últimos años, con el objetivo de determinar si existe realmente crisis en el uso y demanda de los tratamientos láser.

12. DERMATOLOGÍA COSMÉTICA: CRISIS... ¿QUÉ CRISIS?

R. Barabash Neila

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Clínica Dermagroup. Sevilla. España.

Es un hecho comprobado que cuando la crisis económica acecha, la preocupación por la estética aumenta proporcionalmente. Ocurrió en la crisis de 1929, cuando se incrementó la venta de barras de labios de color rojo, y hoy la historia se repite. La demanda de tratamientos de dermatología estética resiste a la crisis, aumentando hasta un 20% en el caso de algunos procedimientos mínimamente invasivos. Ante los problemas económicos la sociedad busca formas alternativas de reforzar su autoestima y sentirse bien, por lo que acuden a profesionales de la estética. Las personas necesitan ahora más que nunca levantar su ánimo y también lo hacen como forma de competir laboralmente. En época de crisis se buscan más que nunca los resultados rápidos, indolores y sin postoperatorio. Existen numerosos tratamientos dermatológicos que pueden realizarse de forma ambulatoria, sin cirugía, de forma segura y eficaz en la consulta del dermatólogo. Estos tratamientos son apropiados para todos aquellos que no desean interrumpir su ritmo de vida y tienen un coste más asequible que los invasivos o quirúrgicos. Presentamos la relación de casos de nuestra experiencia diaria en la consulta, la cual confirma el título de esta comunicación.

13. REJUVENER CON NATURALIDAD. NUEVAS TENDENCIAS

J.L. Cisneros Vela

Dermatólogo. Barcelona. España.

Las actuales tendencias dermocosméticas para el rejuvenecimiento cutáneo se basan en utilizar las nuevas técnicas no invasivas, poco traumáticas, minimizando y aplicándolas de una manera suave, discreta tanto en intensidad como en la cantidad, pero efectivas. Obteniéndose una imagen no distorsionada y natural. Entre estas técnicas se escriben las más importantes, como la cosmética dermatológica y biológica, los *peelings* superficiales combinados, los implantes para el relleno dérmico y volumétrico, la toxina botulínica tipo A para las arrugas de expresión y la radiofrecuencia para la flacidez. Pero para resolver no invasivamente la zona de la "T facial" (periocular y peribucal) tenemos como novedad el láser Nd:YAG de 1064 nm, pulsado de alta potencia (160 J/cm²), en su modo "acelerado" de 250 micro segundos, para el resurfacing fraccional no ablativo, que permite una mayor profundidad dérmica sin dañar la epidermis, con spots de 2 a 8 mm de diámetro y con resultados comparables a los tratamientos subablativos o ablativos, permitiendo la incorporación inmediata sociolaboral.

14. TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES VASCULARES: SITUACIÓN ACTUAL

B. Pérez García y J. Alcántara

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Aunque el láser de colorante (LCP) continúa siendo el tratamiento de primera elección en las malformaciones vasculares capilares o manchas en vino de Oporto, los resultados obtenidos a menudo no cumplen las expectativas del paciente, y la eliminación completa o casi completa de la lesión se consigue sólo en un pequeño porcentaje de casos, no mayor del 30%. El uso de otros láseres como el Nd:YAG, Alejandrita o las nuevas luces pulsadas, puede ser útil en algunos pacientes refractarios al tratamiento con LCP. Recientemente se ha comunicado la posibilidad de mejorar los resultados del tratamiento utilizando un colorante intravenoso previo a un láser de diodo. También se ha ensayado la adición de tratamientos médicos utilizando fármacos con capacidad antiangiogénica, con resultados variables. En el caso de las malformaciones venosas, el láser, sobre todo el Nd:YAG o el láser secuencial, es un tratamiento eficaz para lesiones superficiales, o para reducir el componente superficial de lesiones más extensas, y puede ser un complemento a otros tratamientos como la cirugía o la escleroembolización. También es una buena opción en malformaciones glomovenosas. Además, en lesiones profundas se pueden conseguir resultados satisfactorios con fotocoagulación intralesional. Las malformaciones linfáticas son generalmente subsidiarias de tratamiento quirúrgico o con escleroterapia. El láser de CO₂ resulta de utilidad en formas microquísticas, en las que ocasionalmente también es útil el Nd:Yag. En cambio, en las malformaciones de alto flujo, que en la piel serán malformaciones arteriovenosas, el láser no tiene prácticamente ningún papel, y en general el tratamiento será quirúrgico o mediante combinación de embolización y cirugía. La rapamicina podría también tener utilidad en este tipo de lesiones, sobre todo en aquellas con un componente linfático. El tratamiento de malformaciones vasculares con terapia fotodinámica aún resulta poco útil en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta los resultados obtenidos y los efectos secundarios. En cualquier caso, es fundamental que antes de plantear el tratamiento de una malformación vascular se obtenga un diagnóstico correcto del tipo de lesión, de acuerdo con la clasificación actual de las malformaciones vasculares, para lo cual no siempre será suficiente la clínica, y a menudo es útil realizar técnicas de imagen, empezando por la ecografía-Doppler y terminando en algunos casos con la angioresonancia.

15. ADVANCES IN CUTANEOUS REJUVENATION TREATMENT WITH FRACTIONAL ABLATIVE LASER

M.A. Trelles Salazar

Instituto Médico Vilafortuny. Cambrils. Tarragona. España.

To determine the efficacy, safety and tolerability of a new facial rejuvenation procedure which combines a fractional CO₂ laser, an ultrasound emitter and a bioactive cosmeceutical preparation, a split-face double-blind randomised prospective study of 14 patients was designed. In all patients, half the face was treated with a fractional CO₂ laser and the other half was treated with the same laser and acoustic pressure ultrasound for transepidermal delivery of cosmeceuticals. Three semi-quantitative scales and one visual analogue scale were completed in order to evaluate the efficacy of each treatment. Results were assessed on the basis of photographs taken prior to treatment, then one month, two months and six months after treatment. Potential adverse effects and complications were recorded. Results showed that both treatments achieved significant improvements in all parameters evaluated. The combined ultrasound and cosmeceutical treatment scored better in terms of reduction of fine lines, wrinkles and overall facial aging at six months, with an overall improvement in facial aging close to 80%.

The treatment was well-tolerated and no unexpected adverse effects were observed. 86% of patients stated they were satisfied or very satisfied. In conclusion, one session of fractional ablative CO₂ laser and acoustic pressure ultrasound technology for trans-epidermal delivery of cosmeceuticals is a new effective, safe and well tolerated method for treating facial rejuvenation.

16. COSMETIC PEARLS

A. Alomar Muntañola

Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España.

I will describe three easy and useful techniques to be used in cosmetic procedures. Cryo-shaving to remove benign tumours without anaesthesia. Frozen just the core of the tumour. Shave to skin level for cosmetic healing. Stop bleeding with cotton tip touches with Monsel solution or TCA 33%. Easy technique for painless botulinum toxin injection in palmar hyperhidrosis. Using little freeze points previously marked. Use a mesotherapy 4mm needle. Use simultaneously both hands and you can inject until the limit. How can you improve your patients over 70 using botulinum toxin injection.

17. PIEL SENSIBLE

A.R. Rodríguez Barata

Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

La piel sensible constituye una condición de hiperreactividad cutánea de posible origen variado y no bien etiquetado. Condiciona una susceptibilidad e intolerancia al contacto cutáneo con varias sustancias cosméticas, irritantes y factores ambientales, con repercusión importante para la calidad de vida de los pacientes. Recientes estudios epidemiológicos en población europea estiman que hasta el 50% de los adultos refieren síntomas de piel sensible que puede consistir en sensación de picazón, hormigueo, tirantez o dolor en piel facial. Es de difícil definición y diagnóstico, ya que se puede presentar en ausencia de signos clínicos objetivos, y termina por ser un proceso principalmente autodiagnosticado por los que lo padecen, ya que no se dispone de pruebas diagnósticas eficaces y con un alto componente predictivo. En la mayoría de los casos la causa es desconocida pero puede indicar la presencia de una enfermedad cutánea subyacente o una dermatitis de contacto irritativa o alérgica subclínica en algunos pacientes. Se ha planteado la hipótesis de asociación entre la piel sensible y alteraciones constitucionales y/o factores desencadenantes como dermatosis profesionales o la exposición crónica a sustancias irritantes. Actualmente existe evidencia científica de que en estos pacientes existe una alteración de la barrera cutánea, con reducción del estrato córneo, que condiciona una mayor penetración transcutánea de productos químicos solubles en agua; además se han descrito alteraciones de la transmisión neuronal. El tratamiento pasa por intentar evitar los factores desencadenantes y pautar una serie de recomendaciones específicas sobre cuidado de la piel y productos con escasez de agentes sensibilizantes, irritantes y vasodilatadores.

18. CONSERVANTES EN COSMÉTICOS

F. Heras Mendaza

Servicio de Dermatología. Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. España.

Los conservantes son imprescindibles si se desea que un cosmético permanezca abierto durante semanas sin contaminarse ni oxidarse. Las principales características de los conservantes se basan en su capacidad antifúngica y/o antibacteriana, a la vez que se busca su

inocuidad para las personas. Sin embargo, muchos de los conservantes utilizados producen dermatitis de contacto irritativa (DCI) o alérgica (DCA). Entre ellos, el Kathon CG (metilcloroisotiazolinona-metilisotiazolinona) es el que provoca un mayor número de sensibilizaciones, y suele encontrarse en multitud de jabones, champús, geles y algunas cremas. En ocasiones, los responsables de una DCA son otros, como el metildibromoglutaronitrilo, el formaldehído y un gran número de moléculas que liberan formaldehído (bronopol, dizolidinil-urea, imidazolidinil-urea, etc.). Sin embargo, también existen conservantes con baja probabilidad de producir una dermatitis de contacto, como son el fenoxietanol o los parabenos. Estos últimos estuvieron en el punto de mira en el pasado, por la creencia de que eran responsables de un gran número de DCA. Sin embargo, se ha demostrado que los parabenos son conservantes muy seguros, y más aún en el campo de la cosmética. Para el dermatólogo es esencial el conocimiento de los principales conservantes alergénicos y su identificación en el etiquetado del producto, de forma que pueda orientar al paciente sensibilizado en el uso de cosméticos.

19. COSMÉTICOS NATURALES: ¿SON INOCUOS?

V. Fernández-Redondo

Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: En España se define como cosmético "Todo preparado o sustancia destinados a ser puestos en contacto con las diversas partes superficiales del cuerpo humano (epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos) o con los dientes y las mucosas bucales, con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto y/o corregir los olores corporales y/o protegerlos o mantenerlos en buen estado". (Legislación: Real Decreto 1599/97 del 17 de Octubre). Las directrices sobre productos cosméticos vienen dadas por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Podemos diferenciar diversos tipos de productos cosméticos pero todos han de cumplir con las características precisas en su definición así como con una serie de disposiciones legales que competen al fabricante y al responsable de su comercialización, para su puesta en el mercado y posterior distribución. Por ello, es preciso que el etiquetado se ajuste a la normativa vigente especificando con claridad el tipo de cosmético, su composición inventario de ingredientes cosméticos: comisión del 8 de mayo de 1006 (DOCE número L132, de 1 de junio de 1996), su caducidad, y debe de figurar no solo en el prospecto sino también en el embalaje exterior. Se debe de considerar en un cosmético además del producto activo también al vehículo o excipiente. Encontraremos: agua, agentes tensioactivos, gelificantes de textura, de tacto, conservantes, colorante y perfumes. Por ello, ha de figurar:

1. Relación de todos los ingredientes en orden decreciente de concentración de acuerdo con la nomenclatura internacional: INCI.
2. Símbolo presente en el etiquetado que remita al consumidor a la lista de ingredientes La legislación sobre publicidad es detallada y concreta y se asume que un producto cosmético no tiene propiedades curativas. Son de especial interés los enlaces siguientes:
 - Cosmetlex: página en la que se encuentran las normas que rigen para productos cosméticos en la unión europea.
 - Cosmetic, Toiletry and Fragrance Association.
 - Cosmetic Index.
 - Infocosmetic: información sobre materias primas y proveedores.
 - Abacovital: portal de cosmética y perfumería que incluye fichero de materias primas.
 - Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
 - Colegio Oficial Farmacéuticos: www.portalfarma.com

Cosmética natural: La incidencia en el uso de productos naturales¹ referida por un grupo de trabajo italiano describe que el 60,25% de los consumidores son mujeres que los emplean como cosméticos o uso medicinal. Estos autores refieren un 6,22% de reacciones adversas, siendo muy usados el aloe, manzanilla, própolis, árnica y calé-

ndula. Los términos de “natural”, “bio”, “ecológico” se solapan en el ámbito publicitario y pueden confundir al consumidor. La legislación europea delimita el origen para la agricultura pero en el apartado cosmético no existe. Es preciso delimitar estos conceptos², teniendo en cuenta que la agricultura ecológica, orgánica o biológica es la que se basa en un buen uso de recursos sin emplear productos de síntesis química, u organismos genéticamente modificados ni para abono ni para plagas.

1. Cosmética natural

- 95% natural (50% ingredientes vegetales y 5% agricultura ecológica).
- 5% síntesis (conservantes y otras sustancias).

2. Cosmética natural y ecológica.

- 95% natural (95% ingredientes vegetales y 10% agricultura ecológica).
- 5% síntesis (conservantes y otras sustancias).

3. Ingrediente natural: es el vegetal, animal, mineral o componente marino, extracto directo no transformado, obtenido de la producción agrícola o mediante un procedimiento físico.

4. Producto de origen natural: el que procede de la naturaleza y ha sido transformado con procedimientos respetuosos con el medio ambiente.

Están prohibidos los productos procedentes de animales, excepto la cera de las abejas o la lanolina, los aceites minerales o procedentes de la industria petroquímica, los perfumes y los colorantes sintéticos. Esto se ha de cumplir en la fabricación, con un buen control de calidad, en el producto acabado, en su almacenaje, etiquetado, e incluso en la gestión de residuos. Para ello existen organismos privados que certifican sus características naturales o ecológicas.

Algunos de ellos se exponen a continuación:

- ECOCERT: Francia.
- ECOBIO/COSMEBIO: Francia.
- BDHI: Alemania.
- SOIL Association: Reino Unido.
- AIAB: Italia.
- USDA Organic: USA.

Reacciones adversas por cosméticos: En el Colegio Oficial de Farmacéuticos figuran datos de contacto con alguno de los laboratorios/fabricantes oficiales para notificar reacciones adversas producidas por cosméticos conformando una red de cosmetovigilancia, sean de origen natural o de síntesis química. Las reacciones adversas más frecuentes son: intoxicación: niños y ancianos siendo la vía de entrada la oral y después la ocular; dermatitis de contacto (irritativa o alérgica) en: cara, cuero cabelludo, manos. Las fuentes de exposición más habituales en caso de irritación o sensibilización son:

- Aceites esenciales.
- Plantas.
- Fragancias.
- Conservantes permitidos en la fabricación.

Las plantas, especialmente las de la familia *Compositae*, que son empleadas en la fabricación de estos cosméticos, son las encausadas con mayor frecuencia. La dermatitis alérgica de contacto por plantas y otros productos naturales es bien conocida por los dermatólogos debido al potencial alergénico de las mismas³⁻⁵. Los casos descritos por cosméticos o medicinas basados en plantas, sin embargo, no son frecuentes⁶. El incremento en preparaciones a partir de extractos naturales con efecto médico o cosmético exige una revisión sistemática adecuada para evaluar sus efectos.

El própolis, el aceite del árbol del té, la henna modificada y diferentes extractos de plantas son las sustancias referidas con mayor frecuencia en la bibliografía revisada^{3-5,7-8}. Por último, es preciso que los organismos oficiales oportunos inspeccionen y controlen para que se cumpla la legislación vigente.

Bibliografía

1. Corazza M, Borghi A, Lauriola MM, Virgili A. Use of topical herbal remedies and cosmetics: a questionnaire-based investigation in dermatology out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:1298-303.

2. Alcalde MT. Cosmética natural y ecológica. Regulación y clasificación. *OFFARM*. 2008;27:96-103.
3. Rajpara S, Wilkinson MS, King CM, et al. The importance of propolis in patch-testing-a multicentre survey. *Contact Dermatitis*. 2009;61:287-90.
4. Rutherford T, Nixon R, Tam M, Tate B. Allergy to tea tree oil: retrospective review of 41 cases with positive patch-tests over 4,5 years. *australas. J Dermatol*. 2007;48:83-7.
5. Sheu M, Simpson EL, Law SV, Storrs FJ. Allergic contact dermatitis from a natural deodorant: a report of 4 cases associated with lichen acid mix allergy. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:332-7.
6. Aberer W. Contact allergy and medicinal herbs. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:15-24.
7. Kiken DA, Coher DE. Contact dermatitis to botanical extracts. *Am J contact Dermatol*. 2002;13:148-52.
8. Thomson KF, Wilkinson SM. Allergic contact dermatitis to plant extracts in patients with cosmetics dermatitis. *Br J Dermatol*. 2000;142:84-8.

20. CÓMO ESTUDIAR AL PACIENTE Y QUÉ PRUEBAS REALIZAR

L. Conde-Salazar Gómez

Dermatólogo. Madrid. España.

Ante un enfermo que refiere intolerancia a cosméticos, lo primero que hay que realizar es una historia clínica, completa y detallada, para intentar aclarar si se trata solo de una intolerancia, o puede existir una alergia a alguno de los múltiples componentes que contienen los cosméticos. Antes de la realización de las pruebas, se le explicara de forma clara y concreta qué son las pruebas que se le van a realizar, qué valor se le pueden dar y qué repercusión pueden tener para su calidad de vida. Las pruebas a realizar serían unas pruebas estándar y luego unas pruebas dirigidas, en las cuales se aplicarían principalmente las baterías de fragancias y conservantes. Al ser mucha la cantidad de alérgenos en estas baterías, las reduciríamos a las de mayor incidencia en nuestro ambiente. También es aconsejable que la enferma, cuando asista a la consulta, lleve todos los cosméticos de uso habitual, y con un interrogatorio oportuno seleccionar los productos que deberán ser parcheados de forma directa al enfermo. Finalizado este estudio deberemos buscar la relevancia de las pruebas que salgan positivas y con ello indicar al enfermo el producto o los productos, tanto cosméticos o de la vida privada, que deberá evitar para la mejoría o curación de su cuadro cutáneo.

Comunicaciones libres

1. SILICONOMA FACIAL TRATADO CON MINOCICLINA EN MONOTERAPIA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO. UNA BUENA ALTERNATIVA A TENER EN CUENTA

S. Villablanca-Spinetto, I. Pau-Charles, P. Aguilera, C. Muñoz-Santos, A. García-Herrero y T. Estrach Panella
Hospital Clínic de Barcelona. España.

Introducción: El tratamiento del siliconoma facial (SF) suele ser difícil y con resultados poco satisfactorios, convirtiéndose en un verdadero desafío terapéutico. Presentamos el caso de un SF tratado con minociclina durante un año, con excelente respuesta.

Caso clínico: Mujer de 85 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presenta desde hace un mes aumento de volumen en el tercio inferior de la cara. Realizó tratamiento con antibióticos, AINE, antihistamínicos y esteroides tópicos, sin mejoría. Al examen físico presentaba nódulos bilaterales, con induración alrededor del área nasolabial y ectropión secundario. La biopsia cutánea fue compatible con reacción granulomatosa a cuerpo extraño tipo siliconoma. Se instauró tratamiento con minociclina 100 mg/día, objetivándose desaparición de las lesiones a los 2 meses pero con recidiva posterior al retirar el fármaco. Se reintrodujo la minociclina y se mantuvo durante un año, con una excelente respuesta, sin efectos adversos ni recidivas durante el seguimiento.

Discusión: Los corticoides sistémicos (CS) son el tratamiento de primera línea más ampliamente utilizados pero su uso está limitado por sus efectos adversos y corticodependencia. La cirugía se usa para casos extremos, y no garantiza la extirpación total, requiriéndose procedimientos adicionales para resultados óptimos. Otros tratamientos propuestos son el láser de CO₂, imiquimod, isotretinoína oral, alopurinol y metotrexate aunque los resultados no han sido concluyentes. El tratamiento con minociclina esta descrito en combinación con esteroides y /o cirugía, a dosis más elevadas (200 mg/día) y por periodos de tratamiento más cortos. Nuestro caso muestra que el uso de 100 mg/día de minociclina es seguro y efectivo para aliviar los síntomas (evitando los efectos secundarios de los CS), debido a sus propiedades antiinflamatorias, inmunomoduladoras y anti granulomatosas. Los efectos secundarios con el uso de minociclina están descritos, pero probablemente en nuestra paciente no se presentaron debido a la baja dosis utilizada. Este caso apoya la efectividad y seguridad de la minociclina como monoterapia para el tratamiento del SF por un periodo de tiempo prolongado siendo una buena alternativa como primera línea de tratamiento, indicado especialmente en siliconomas localizados, en pacientes en que los CS estén contraindicados o sus efectos adversos sobrepasen los beneficios de su uso.

2. RECRECIMIENTO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES TRAS SUSPENSIÓN DE SIROLIMUS TÓPICO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS TUBEROSA: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y EFICACIA DEL RETRATAMIENTO

R. Salido-Vallejo, G. Garnacho-Saucedo y J.C. Moreno-Giménez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Sirolimus tópico ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de los angiofibromas faciales (AF) asociados a esclerosis tuberosa. Sin embargo, no se dispone de datos de seguridad a más de 9 meses ni de la posibilidad de recrecimiento de las lesiones tras la suspensión del tratamiento.

Material y métodos: Cohorte prospectiva abierta formada por diez pacientes con esclerosis tuberosa y AF tratados con sirolimus tópico 0,4% aplicado diariamente de forma continuada durante 18 meses. Tras la suspensión del tratamiento durante 6 meses se evaluó la tasa de recidiva de las lesiones mediante la aplicación del Facial Angiofibroma Severity Index (FASI) y se inició de nuevo el tratamiento para evaluar la eficacia a las 6, 12 y 24 semanas.

Resultados: Tras la suspensión del tratamiento con sirolimus tópico, los pacientes experimentaron un progresivo recrecimiento de las lesiones que fue más acusado en aquellos pacientes que previamente habían respondido mejor. Tras el retratamiento se observó una mejoría satisfactoria de todos los pacientes igual o superior a la mostrada inicialmente.

Conclusiones: El tratamiento continuado de los AF con sirolimus tópico no sólo es seguro a largo plazo, sino que ha demostrado ser efectivo en el retratamiento de las lesiones. La alta tasa de recidivas de estos pacientes tras la suspensión del tratamiento obliga a la utilización de pautas de mantenimiento cuyas dosis y posología óptimas aún no han sido establecidas.

3. TRATAMIENTO DE LA UÑA ENCARNADA: MÉTODO SCOOPY DOO COMO TRATAMIENTO SENCILLO, SEGURO Y EFICAZ

A. Martorell Calatayud^a, L. Hueso Gabriel^a, O. Sanmartín^b, M.L. García Melgares^a, V. Sanz Motilva^c, C. Pelufo y A. Alfaro-Rubio^a

^a*Hospital de Manises. Valencia. España.* ^b*Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.* ^c*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

Introducción: Las opciones actuales en el manejo de la onicocriptosis incluyen la avulsión parcial sin matricectomía, o con matricectomía parcial bien mediante fenolización, bien mediante electrocoagulación. El principal inconveniente de la avulsión ungueal sin matricectomía es la recidiva. En caso de asociar matricectomía, la recaída es rara, pero las complicaciones precoces (dolor e inflamación) y tardías (distrofia ungueal) son frecuentes. La técnica del Scooby Doo consiste en la avulsión parcial de la uña acompañada de la colocación de una guía de plástico adherida mediante una solución adhesiva durante 3 semanas.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la técnica del Scooby Doo en el tratamiento de la onicocriptosis. De forma secundaria, analizar los efectos secundarios de esta técnica frente al resto.

Material y métodos: Se procede a la realización de un ensayo clínico aleatorizado para comparar las diferentes técnicas de tratamiento de las onicocriptosis. El período de recogida de pacientes fue de enero a septiembre de 2011.

Resultados: Se recogió un total de 40 pacientes con onicocriptosis, que fueron tratados de forma aleatorizada mediante avulsión sin matricectomía (grupo A; n = 9), con matricectomía-fenol (grupo B; n = 11), con matricectomía-electrocoagulación (grupo C; n = 10), y con la técnica de Scooby Doo (grupo D; n = 10). Las complicaciones inmediatas, que incluyeron dactilitis, paroniquia, linfangitis y/o dolor, aparecieron en el 70% de pacientes del grupo B, en el 75% del grupo C, estando ausentes en los pacientes de los grupos A y D. La distrofia ungueal apareció en un 40% de los pacientes del grupo B y en un 55% de los pacientes del grupo C, estando ausentes en el resto de grupos. La tasa de recidiva de la onicocriptosis fue del 90% en el grupo A, del 30% en el grupo B, del 10% en el grupo C, y del 10% en el grupo D.

Conclusiones: El método de Scooby Doo es una técnica sencilla, segura y eficaz en el tratamiento de la onicocriptosis y debería considerarse como tratamiento de primera línea en este frecuente problema.

4. ESTUDIO CLÍNICO DERMATOLÓGICO-PSICOLÓGICO Y CON METODOLOGÍA NO INVASIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

S.H. Pérez Damonte^a, M.A. Crespo^b, C. Holm^a, J. Jiménez^c y D. Sánchez^c

^a*Claim. Buenos Aires. Argentina.* ^b*Hospital Municipal de Oncología María Curie. Buenos Aires. Argentina.* ^c*Belcorp. Bogotá. Colombia.*

Introducción: El cuidado de la piel es fundamental para mejorar la imagen y la calidad de vida, en este caso el estudio fue realizado con la utilización de una formulación cosmética en pacientes oncológicas y con un grupo control. Se evaluaron parámetros clínicos y biofísicos medidos por bioingeniería no invasiva. Se complementó con la evaluación del estado psicológico por cambios percibidos en la imagen y beneficios observables en la piel.

Materiales y métodos: El protocolo del estudio siguió Good Clinical Practices (ICH - GCP). Se trabajó con dos grupos de mujeres, uno compuesto por pacientes oncológicas y el otro como grupo control, mujeres sanas con edades y biotipos cutáneos similares. Se aplicaron una formulación cosmética durante 4 semanas. La evaluación instrumental fue realizada con un videomicroscopio Visioscan VC

98^o y se evaluó el microrelieve, rugosidad de la piel y profundidad de las arrugas. Para la humectación se usó el Corneometer[®] y el registro fotográfico con FotoFinder. Se utilizaron para el abordaje psicológico una Entrevista psicológica semi-dirigida y los cuestionarios de calidad de vida WHOQOL Bref, Inventario de Depresión de Beck, Body-esteem scale for adolescents and adults y el test de la figura humana.

Resultados: El tratamiento estadístico fue realizado aplicando el test del signo y el test de Friedman. Los resultados fueron en el grupo 1: pacientes oncológicas se comprobó mejoría en el microrelieve en un 40,3%, 49,9% disminuyó la rugosidad y 33,3% en la profundidad de las arrugas y la humectación aumentó un 64,4%. La evaluación clínica dermatológica confirman estos hechos; por otra parte el grupo 2: voluntarias sanas obtuvieron una mejoría del 40,6% en microrelieve, la rugosidad y profundidad de las arrugas alcanzó el 48,7% y 34,4% y la humectación de la piel alcanzó el 61,2%, y clínicamente experimentaron mejoría respecto a la condición inicial. Desde el punto de vista psicológico, en los tres cuestionarios administrados la media en la evaluación postaplicación del cosmético en estudio, aunque levemente, se corrió hacia los polos más positivos de la escala: mayor percepción de aumento en la calidad de vida, mayor eutimia en detrimento de las respuestas de la serie distímica y mayor autoestima corporal. En las entrevistas la enorme mayoría de las pacientes manifestó su satisfacción con los cambios percibidos.

Conclusiones: Este estudio permitió demostrar una novedosa forma de trabajo multidisciplinaria de abordar el cuidado de la piel y mejorar la calidad de vida de pacientes que han recibido tratamiento oncológico.

5. TRATAMIENTO CON APREPITANT DEL PRURITO REFRACTARIO SECUNDARIO A LINFOMA CUTÁNEO

H.A. Borja Consigliere^a, A. López Pestaña^a, A. Jaka Moreno^a, M.P. Gutiérrez Tamara^a, M.J. Vida Manceño^b, C. Lobo Morán^c y A. Tuneu Valls^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Hematología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: Los pacientes con linfoma cutáneo de células T frecuentemente sufren de prurito intenso, muchas veces refractario al tratamiento antitumoral y sintomático, viendo afectada significativamente su calidad de vida. El aprepitant, un antiemético antagonista de la sustancia P, ha sido utilizado en el manejo del prurito refractario.

Caso clínico: Mujer de 61 años con linfoma cutáneo de células T citotóxico agresivo, que requirió múltiples esquemas antitumorales (CHOP, bexaroteno, gemcitabina más oxaliplatino, alemtuzumab y COMP), sin lograr controlar la progresión de la enfermedad ni el prurito asociado a esta. Para el tratamiento sintomático del prurito recibió corticoides tópicos y antihistamínicos, pese a lo cual persistía (escala verbal numérica 10/10). Tras iniciar aprepitant en esquema de 3 días cada 2 semanas (125 mg día 1, 80 mg días 2 y 3), tuvo una importante mejoría sintomática (escala verbal numérica 3/10). La paciente falleció a los 13 meses de realizado el diagnóstico.

Discusión: La sustancia P es un potente inductor de prurito. Actúa mediante la activación del receptor de neurokinina 1, presente en queratinocitos y en neuronas del asta dorsal. El aprepitant inhibe el efecto de la sustancia P mediante el bloqueo del receptor de neurokinina 1. Actuaría impidiendo la propagación de señales en fibras C a nivel periférico o bloqueando la transmisión de señales en el asta dorsal. Presentamos un caso en que el aprepitant fue eficaz en el tratamiento del prurito refractario secundario a linfoma cutáneo.

6. VINCRISTINA COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO PARA EL HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIIFORME Y ANGIOMA EN PENACHO

B. Narváez Moreno, J.M. de la Torre García, J. Bernabeu Wittel, I. Fernández Pineda, G.L. Ramírez Villar y J. Conejo-Mir

Servicio y Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Servicio de Oncología y Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

El hemangioendotelio kaposiforme (HEK) y el angioma en penacho (AP) son dos tumores vasculares infrecuentes de predominio en la edad infantil que pueden comprometer la vida de los pacientes por su asociación con trombocitopenia y anemia microangiopática severa (síndrome conocido como fenómeno de Kasabach-Merrit (FKM)) o bien por su crecimiento local agresivo. Presentamos 2 casos de HEK congénito asociados a FKM en dos neonatos y el caso de una niña de 7 meses con un angioma en penacho sin asociar FKM que dada su localización cervical y rápido crecimiento provocaba un importante compromiso funcional a pesar de recibir corticoterapia a altas dosis. En los 3 casos se inició tratamiento con vincristina intravenosa a la dosis 0,05 mg/kg con una frecuencia semanal inicialmente y posteriormente bisemanal durante un período que osciló entre los 2 y 11 meses. Se asoció aspirina y ticlopidina (10 mg/kg/día) en los pacientes que presentaron FKM. La respuesta fue excelente en todos los casos con involución de la masa tumoral y normalización del hematocrito y las cifras plaquetarias. Como efectos secundarios destacaron náuseas que se controlaron con medicación antiemética en los 3 casos y un caso de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) tras la primera dosis de vincristina que se resolvió sin incidencias. Tras un período de seguimiento que ha oscilado entre 3 meses y 2 años tras la suspensión de la vincristina y mantenimiento de la aspirina en el caso de los HEK, no han presentado signos de recidiva de la tumoración en ningún caso. Actualmente, no existe consenso en el tratamiento de este tipo de tumores ya que los tratamientos tradicionales con corticoides orales-tópicos, interferón, propranolol o cirugía han mostrado resultados dispares con importantes efectos secundarios y secuelas estéticas. Recientemente se han comunicado algunos casos de HEK y AP con buena respuesta a vincristina, un quimioterápico utilizado en otros tumores con un perfil riesgo-beneficio favorable asociándose ticlopidina y aspirina ante la presencia de FKM. Proponemos vincristina como una opción de tratamiento eficaz y bien tolerada en pacientes con HEK o AP que presenten compromiso funcional o asocien FKM asociando aspirina y ticlopidina en estos casos.

7. RITUXIMAB EN EL PÉNFIGO REFRACTARIO. EXPERIENCIA EN 4 CASOS

J.M. de la Torre-García, B. Narváez-Moreno, A. Pulpillo-Ruiz, J.J. Pereyra-Rodríguez, J. Bernabeu-Wittel, R. Corbi-Llopis y J. Conejo-Mir

Servicio de Dermatología y Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 aprobado inicialmente para el tratamiento del linfoma folicular de células B no Hodgkin. Tras esta primera aprobación se comprobó su eficacia en el tratamiento de otros tipos de tumores y de enfermedades autoinmunes, entre ellas el pénfigo.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de pénfigo foliáceo y dos de pénfigo vulgar tratados con rituximab tras fracaso de múltiples tratamientos previos, entre ellos corticoides sistémicos, azatioprina, micofenolato, inmunoglobulinas intravenosas y sulfonas. Realizaron un único ciclo de RTX consistente en una infusión semanal durante 4 semanas a dosis de 375 mg/m², presentando evidente mejoría en los cuatro casos. En los casos de pénfigo foliáceo se pudo suspender

todo tratamiento farmacológico concomitante. Un caso de pénfigo vulgar mantiene tratamiento con corticoides tópicos y el segundo caso mantiene dosis menores de las habituales de corticoides y mifeprenolato oral.

Conclusiones: Podemos considerar al RTX como una eficaz alternativa al tratamiento inmunosupresor habitual en pacientes con pénfigo. No siempre se consigue una remisión clínica, pero se ha demostrado que permite disminuir la dosis de inmunosupresores con la consiguiente disminución de efectos secundarios asociados.

Pósters

1. HISTORICAL COSMETICS ON THE FIRST THIRD OF THE 20TH CENTURY IN SPAIN

R.M. Díaz-Díaz, T. Sáenz-Sánchez, I. Prats-Caelles, O. López Barrantes-González, V.M. Leis-Dosil, D.M. Arranz-Sánchez and C. Garrido-Gutiérrez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España.

On the first years of the 20th century, the Spanish cosmetic industry developed very quickly because there was a great change of the woman's appearance. Some of most well-known Spanish cosmetic trademarks were founded. Manufacturers such as Gal, Calber or Puig invented a lot of new perfumes, moisturizers, make-ups, hair removers, lipsticks, hair dyes and shampoos to meet the social requests. We want to tell some things about those historical days.

2. OCULAR ADVERSE EFFECTS ASSOCIATED WITH ORAL ISOTRETINOIN

C.R. García Acebes^a, F. Heras Mendaza^a, V. Morales Gordillo^a, I. García Cano^a, E. Loma Serrano^b and A. Segurado Rodríguez^a

^aDermatologist; ^bOptometrist.

Introducción: Oral isotretinoin is the treatment of choice for severe acne for 3 decades. The mucocutaneous effects, including ocular adverse effects, are side effects most frequently associated with oral isotretinoin. The most common ocular side effects are conjunctivitis, blepharitis and dry eye.

Case report: We attended a 14 years old man with atopic dermatitis in treatment with topic corticosteroids and severe acne in treatment with oral isotretinoin 20mg/day. He comes for an ophthalmology checkup to assess the use of contact lenses. We observed a suspicious corneal disorder in his objective refraction by retinoscopy. An Orbscam corneal topography is done, revealing a greater curvature and its corresponding diopter increase in the upper part of the axial map without corresponding with a raising area. Corneal keratoconus is ruled out as a result. On slit lamp, seborrheic blepharitis, glandular content extrusion, mild upper pannus and prominent corneal nerves. In view of the suspicion that the corneal injuries were due to oral isotretinoin, the treatment was discontinued and recommended to undergo regular ophthalmologic checkups.

Discussion: Ocular adverse effects associated with oral isotretinoin treatment are very frequent, with a peak risk at 4 months after the first prescription. These adverse effects are reversible after

discontinuation of isotretinoin therapy. Ocular abnormalities are due to Meibomian glands function depression, with reduction of the lipid secretion into the tear film, resulting in chronic irritation and damage to the ocular surface epithelium. In addition, the presence of isotretinoin and its metabolites in the tear film may directly irritate the ocular surface. In conclusion, dermatologists should have in mind the prescription of ocular lubricants, as a primary preventive measure, for patients following oral isotretinoin treatment.

3. BASAL CELL CARCINOMA IN YOUNG ADULTS

A. Kecler-Pietrzyk and P. Ormond

St James's Hospital. Dublin. Ireland.

Introduction: The incidence of non-melanoma skin cancers is increasing in young adults. The histological subtypes sites involved and gender specific size and depth are less well known in this subgroup. Higher risk of recurrence occurs with BCCs which are infiltrative, sclerosing and micronodular subtypes. Tumour location is a prognostic factor - the head being a high risk area. We analysed patients under 45 years old diagnosed with Basal cell carcinoma in our hospital over a 10 year period.

Results: Over the period of 10 years 547 patients with 633 BCCs were under the age of 45. Incidence of basal cell carcinoma doubled during the study period. More women were diagnosed with BCCs than men. Aggressive subtypes occurred more commonly in women 23% in comparison to men 15%. Mixed tumours contained high risk subtypes in 41% of females and in 21% of males. High risk histopathological subtypes were found most commonly on the head in women but on the body in men. The mean tumour diameter was 8.1 mm and mean depth was 2.05 mm, being larger and deeper in men. Mean time from patients noticing a lesion to initial presentation to primary health care professional was 19 months in women, 38 months in men

Conclusion: Increased incidence of BCCs in this subgroup was noticed over the period of study. More women under the age of 45 were diagnosed with BCCs than men, and they were more often diagnosed with high risk BCCs. Histopathological high risk tumours were more often found in head area in women and trunk and limbs in men. Tumours tended to be bigger and deeper in men. Mean time of presentation with a skin lesion was twice as long in men.

4. GRANULOMA FACIAL TRATADO CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO

C. Bahillo-Monné, C. Schoendorff-Ortega y C. Pérez-Hortet

Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

El granuloma facial es una vasculitis benigna de origen desconocido que afecta a pequeños vasos. Generalmente se presenta como placas o nódulos, bien delimitados, de coloración eritematoma-rroñácea, siendo la región facial el lugar de aparición más frecuente con el consiguiente efecto antiestético. A todo esto se añade la resistencia a distintas modalidades terapéuticas, junto con el riesgo de cicatriz que llevan asociado algunas de ellas. Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años de edad en seguimiento en nuestra consulta por un granuloma facial, con biopsia compatible, localizado en ambas regiones preauriculares y dorso nasal. El paciente había realizado múltiples tratamientos previos con corticoides tópicos, intralesionales, tacrolimus tópico y crioterapia, consiguiendo un pobre resultado. Por todo ello decidimos intentar tratamiento con láser de colorante pulsado de 585 nm. Se realizaron en una sola sesión 2 pases con spot de 7 mm, 0,5 ms de duración de pulso y 8 julios de energía, con desaparición de las lesiones y quedando estas de aspecto residual. A los 6 meses no ha presentado rebrote de las lesiones. A pesar de

ser una dermatosis infrecuente, el granuloma facial es un reto terapéutico. En su tratamiento se usan corticoides tópicos e intralesionales, tacrolimus tópico y fármacos sistémicos como dapsona, antimaláricos o isoniácida, sin resultados consistentes. Otras modalidades terapéuticas como la crioterapia, escisión quirúrgica, electrocirugía, dermabrasión y láser CO₂, llevan asociado un importante riesgo de cicatriz. Recientemente se han comunicado casos de granuloma facial tratados con láser de colorante pulsado, basando su eficacia en el efecto selectivo para destruir los vasos anormales a través de la absorción de la energía por la oxihemoglobina. Consideramos que es una técnica rápida, no invasiva y con un bajo riesgo de cicatriz.

5. INCIDENCIA DE LA DERMATOPOROSIS EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

L.C. Sáez-Martín, I. Palacios-Álvarez y G. Fernández-Blasco

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

La dermatoporosis, término acuñado por J.H. Saurat en 2004, hace referencia a la insuficiencia cutánea crónica o síndrome de fragilidad cutánea. Reúne diferentes signos clínicos ligados al envejecimiento de la piel como la atrofia, la púrpura senil o cicatrices estelares. Aparece a partir de los 60-70 años, preferentemente en antebrazos, dorso de manos y parte anterior de las piernas. La aparición de la dermatoporosis está ligada a la disminución de ácido hialurónico, sobre la que actúan preferentemente como factores desencadenantes el fotoenvejecimiento y la corticoterapia. Durante los periodos entre octubre de 2011 y octubre de 2012 se han revisado los pacientes mayores de 65 años que acuden a una consulta de dermatología de forma ordinaria presentando diferentes patologías. Se ha estratificado a estos pacientes por sexo, y se ha determinado la presencia de Dermatoporosis mediante la exploración física. Se ha realizado una encuesta a dichos pacientes sobre hábito solar, y se ha incidido en la anamnesis en la presencia de inmunosupresión, bien por enfermedad sistémica o por medicación concomitante. Se ha incidido en la exploración física en los signos de la dermatoporosis como la xerosis, atrofia cutánea, pseudocicatrices, hiperpigmentación y equimosis, para clasificar a los pacientes en los diferentes estadios clínicos. Asimismo, se ha hecho iconografía y una biopsia cutánea de piel fotoexpuesta (preferentemente de antebrazos). A continuación se ha iniciado tratamiento con retinaldehído y ácido hialurónico fragmentado (Denseal crema[®], laboratorios Pierre Fabre) y se ha observado la evolución y respuesta terapéutica a los 6 y 12 meses. Exponemos los resultados obtenidos en el estudio, valorando la incidencia estimada de la dermatoporosis en la provincia de Salamanca a partir de los pacientes que acuden a una consulta y la evolución de los signos guía de esta entidad tras el tratamiento.

6. HIPERHIDROSIS LOCALIZADA DE DISTRIBUCIÓN DERMATÓMICA

M.L. Martínez-Martínez^a, E. Escario-Travesedo^a, J.M. Pardal-Fernández^b, M.T. López-Villaescusa^a, M.E. Gómez-Sánchez^a, C. Faura Berruga^a, M. Rodríguez-Vázquez^a y J.M. Azaña-Defez^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Neurofisiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

La hiperhidrosis se puede clasificar como idiopática primaria o secundaria, focal o generalizada. Los casos de hiperhidrosis secundaria focal pueden ser secundarios a lesiones graves de la médula espinal o accidentes cerebrovasculares hemisféricos. Presentamos un caso de hiperhidrosis focal secundaria a una radiculopatía espinal. Nuestra paciente es una mujer de 52 años que refería desde hacía 10 años excesiva sudoración en la cara

lateral de la pierna y pie derechos que provocaba el goteo de este y deterioro del calzado, sin respuesta a tratamiento tópico con cloruro de aluminio al 20%. Además, contaba ocasional dolor y parestesias a nivel lumbar y muslo derecho. Se observaba una piel de aspecto normal, y una discreta hiporreflexia en la pierna derecha sin otros déficits neurológicos. Se realizó un test de Minor que mostró la localización lineal de la hiperhidrosis referida, delimitando el dermatoma L5 del miembro inferior derecho. La resonancia magnética lumbar mostró protrusiones discales en L3-L4 y más significativas en L4-L5. El estudio electrofisiológico objetivó una radiculopatía L5 derecha crónica y de grado moderado. La biopsia cutánea de la piel afecta y piel sana no mostró alteraciones. Tras descartar otras causas de hiperhidrosis focal, se decidió iniciar tratamiento con inyecciones de toxina botulínica en aquellas áreas más sintomáticas. La paciente recibió 200 unidades en la cara lateral de la pierna derecha y dorso de pie, produciéndose una anhidrosis en dichas áreas, con importante mejoría en la calidad de vida de la paciente. Nuestra paciente presentaba una hiperhidrosis definida en el dermatoma L5 derecho secundaria a una discopatía lumbar, es decir, una expresión clínica inusual para una patología habitual. Los fenómenos de hiperfunción neurógena tras una lesión segmentaria denerativa no son bien conocidos, quizá en individuos predispuestos se desarrolle una falta de control del reflejo con hiperfunción sudomotora. La toxina botulínica ha demostrado ser un tratamiento efectivo en el control de hiperhidrosis focal aun cuando el origen, como en este caso, sea neurológico. Describimos el primer paciente que en nuestro conocimiento presenta una radiculopatía lumbar L5 con expresión clínica predominante de hiperhidrosis de distribución dermatómica y excelente respuesta al tratamiento con toxina botulínica.

7. ENSAYO CLÍNICO ABIERTO PARA VALORAR EFICACIA DE SERENOA SERRULATA (HAIRGEN[®]) EN PACIENTES CON ALOPECIA ANDROGENÉTICA

J. Segura Corrales, A. Boza Gómez, M.T. Solé Aragall y J. Soler Carrillo

Dermas.

Introducción: La alopecia androgenética (AGA) es la forma más común de alopecia en varones, y también en mujeres posmenopáusicas. Es un motivo de consulta muy frecuente a la que se ha destinado múltiples recursos, atención y tratamientos. Múltiples han sido los tratamientos ensayados para ejercer un bloqueo en los receptores de la 5-alfa reductasa. Presentamos un estudio sobre los efectos de *Serenoa serrulata* vía oral y tópica en la evolución de AGA, en pacientes de ambos sexos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en una cohorte de 20 pacientes afectos de AGA, que siguieron tratamiento oral y tópico con *Serenoa serrulata*, retinol, extractos de té verde, l-cistina y polifenoles, Hairgen[®] a lo largo de 6 meses. Los criterios de inclusión al estudio fueron: hombres y mujeres entre 18 y 75 años afectos de MAGA o FAGA en grados II a IV de Ebling. Los pacientes fueron observados e fotografiados a los 30,90 y 180 días de tratamiento y valorados según un cuestionario tanto para el médico como para el paciente.

Resultados: La disminución de la seborrea capilar, la descamación del cuero cabelludo y la fragilidad capilar se constatan en el 73% de los casos. En la cohorte estudiada, la disminución en el ritmo de caída capilar es más evidente en el sexo femenino.

Conclusiones: El uso de extractos de *Serenoa serrulata* a lo largo de la historia ha sido probado en patologías relacionadas con la elevación de DHT, basándose en el bloqueo de la 5 alfa reductasa. El uso conjunto, vía oral y tópica, de Hairgen[®] en este estudio demuestra la tolerancia y seguridad del producto, así como un grado elevado de satisfacción del paciente. Se objetiva una mejoría sig-

nificativa en la seborrea y fragilidad capilar a corto plazo, juntamente con un descenso en el ritmo de pérdida capilar. Debemos esperar los resultados de estudios a largo plazo para evidenciar los efectos sobre la miniaturización de la unidad pilosebácea.

8. TOXINA BOTULÍNICA A EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GROVER

M.T. López-Villaescusa, E. Escario-Travesedo, M.L. Martínez-Martínez, C. Faura-Berruga y M. Gómez-Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: La dermatosis acantolítica transitoria o enfermedad de Grover es una rara enfermedad caracterizada por vesículas y erosiones en pliegues producidas por la falta de adhesión de los queratinocitos. Factores como la fricción, humedad, y colonización microbiológica promueven esta pérdida de cohesión y el empeoramiento de la enfermedad. Presentamos un paciente con enfermedad de Grover y excelente respuesta a inyecciones de toxina botulínica.

Material y métodos: Varón de 60 años, alérgico a pirazolonas y asmático, agricultor de profesión, presentaba desde los 40 años lesiones eritematovioláceas con vesículas y erosiones pruriginosas en cuello y axilas, con hiperhidrosis asociada en dicha localización. La biopsia fue compatible con enfermedad de Grover. El paciente había recibido múltiples tratamiento tópicos (Sulfato de Zinc 1/1.000, y combinaciones de corticoides con antibióticos) y sistémicos (metilprednisolona a dosis de 0,5 mg/Kg/día y retinoides a dosis de 0,5 mg/Kg/día) con discreta mejoría pero con posteriores recidivas, principalmente en relación a la hiperhidrosis exacerbada durante el periodo estival.

Resultados: Ante la falta de efectividad de los tratamientos, se redujo la dosis de retinoides a 25 mg/día, hasta suspenderlo, iniciándose tratamiento con toxina botulínica (Botox®). Se inyectaron 100 UI en axila izquierda y 75 UI en axila derecha, obteniéndose una desaparición de las lesiones a las 2 semanas del tratamiento y un manteniendo de la remisión durante la época estival sin aparición de nuevos brotes. Tras 11 meses, se realizó una segunda infiltración de 50 UI en cada axila, obteniéndose remisión completa hasta el momento actual.

Discusión: La enfermedad de Grover no presenta en el momento actual un tratamiento específico. Sin embargo, son múltiples las modalidades terapéuticas que han sido utilizadas en casos rebeldes a la terapéutica inicial. La inyección de toxina botulínica inhibe la transmisión colinérgica simpática potganglionar de las glándulas sudoríparas ecrinas y por tanto disminuye el sudor, un factor desencadenante en estos pacientes.

Conclusiones: Los casos recientemente publicados sobre la utilización de la toxina botulínica en otras enfermedades como la enfermedad de Hailey-Hailey, la enfermedad de Darier y la favorable respuesta obtenida en nuestro paciente, hacen de la toxina botulínica una terapia adyuvante de buena tolerancia y fácil aplicación, con pocos efectos adversos y eficaz a largo plazo para el tratamiento de la hiperhidrosis como factor desencadenante

9. UTILIDAD PRÁCTICA DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA

I. Burón-Álvarez, F. Alfageme, A. Fernández-Tresguerres, M. Calvo, C. Villegas y C. García-Millán

Hospital Sanitas La Moraleja. Madrid. España.

La ecografía cutánea es un método no invasivo que permite la visualización de estructuras cutáneas no accesibles a la exploración convencional. Entre sus numerosas utilidades podemos resaltar el diagnóstico a priori con un alto grado de fiabilidad de lesiones sub-

cutáneas: quistes, lipomas, pilomatrixoma, lesión vascular, hiperqueratosis, quistes sinoviales, etc. Asimismo determinar tamaño y profundidad de las lesiones cutáneas, su naturaleza quística o sólida, identificar cuerpos extraños, relación de las lesiones subcutáneas con estructuras vasculares que pudieran dificultar la cirugía. Otra indicación muy útil es ubicar la localización exacta en profundidad de implantes en dermatología estética y determinar la naturaleza de implantes realizados en el pasado. Nos es muy útil también para el estudio de patología ungueal. Se muestran imágenes ecográficas de diferentes estructuras y patologías dermatológicas.

10. ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN PIEL SANA

M. Calvo-Pulido, I. Burón, C. Villegas, F. Alfageme, A. Fernández-Tresguerres, C. Pérez-Hortet e I. Salguero

Hospital Sanitas La Moraleja. Madrid. España.

Como paso previo a mostrar lesiones cutáneas identificables mediante ecografía, queremos mostrar la estructura ecográfica de la piel normal. Mostramos imágenes de piel de diversas localizaciones: cuero cabelludo, piel lampiña, piel palmo plantar y, uñas, para poder más tarde identificar estructuras anómalas. También podemos observar ecográficamente la diferencia entre la piel de una persona de corta, mediana y avanzada edad.

11. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY CON TOXINA BOTULÍNICA

G. Solano-López Morel, A. Montes-Torres, M. Llamas-Velasco, J. Sánchez-Pérez y A. García-Diez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: El tratamiento de la enfermedad de Hailey-Hailey supone un reto para el dermatólogo, porque la mayor parte de los casos no responden adecuadamente a los tratamientos administrados. Presentamos un caso con respuesta clínica a la inyección subcutánea de toxina botulínica.

Material y métodos: Mujer de 69 años diagnosticada de enfermedad de Hailey-Hailey en 1992 con placas eritemato-descamativas y vesículo-erosivas moderadamente dolorosas localizada en pliegues que evolucionaba en brotes de periodicidad y duración variable. Se habían realizado múltiples tratamientos incluyendo corticoides tópicos y orales, antibióticos, acitretino y terapia fotodinámica con una mejoría escasa y transitoria. Ante la ausencia de respuesta, en 2011 se decidió realizar infiltraciones subcutáneas de toxina botulínica tipo A en ambas axilas a una dosis total de 100 UI, 50 UI en cada axila.

Resultados: Tras la infiltración se obtuvo la resolución completa de las lesiones durante un periodo de 14 meses. Tras recidiva en axila derecha se repitió la infiltración consiguiéndose de nuevo la remisión completa hasta el momento actual. La paciente ha tenido buena tolerabilidad al tratamiento.

Discusión y conclusiones: En nuestra paciente se ha utilizado una dosis total de 100 UI de toxina botulínica por sesión para conseguir una remisión completa. Sin embargo, la mayoría de casos de pénfigo benigno familiar tratados con toxina botulínica descritos en la literatura requirieron mayores dosis y número de sesiones para conseguir los mismos resultados. En nuestro caso, al igual que la mayoría de los casos publicados, el tratamiento no presentó de efectos adversos. Presentamos un nuevo caso de enfermedad de Hailey-Hailey, refractaria a múltiples tratamientos pero con remisión completa durante un periodo de tiempo prolongado tras las infiltraciones de toxina botulínica.

12. EFFICACY OF A CLIMBAZOLE/PIROCTONE OLAMINE/AMMONIUM LACTATE/SALICYLIC ACID SHAMPOO IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS OF THE SCALP

E. Reyes^a, A. Sousa-Basto^b, J.M. Silva^c, R. Oliveira-Soares^c, I. Santos^c, H. Melo^c, F. Cunha^c, M. Carpinteiro-André^c, C. Gouveia^c, V. Sousa-Coutinho^c and M. Correia^c

^aDepartment of Medicine. University of Alcalá. Madrid. Spain.

^bDermatology Service. Clínica A. Sousa Basto. Braga. Portugal.

^cDermatology Service. Hospital CUF Descobertas. Lisboa. Portugal.

Introduction: There are a wide therapeutical approaches for patients with seborrheic dermatitis (SD). In this study, we have prepared a shampoo with climbazole/piroctone olamine/ammonium lactate/salicylic acid following the CE regulatory rules. The aim was to evaluate the efficacy of this shampoo in the treatment of patients with SD of the scalp quantifying the improvement of the symptoms and analysing the desquamative process, erythema and pruritus. Desing: multicentric open and non controlled pilot study. **Material y methods:** 23 patients (12M/11F) were enrolled. The affected area was ≥ 5 cm² and the erythema and desquamation grade were ≥ 1 . 1-2 ml of shampoo was applied during 2 minutes, 2-3 times/week for 4 weeks. Before treatment (T0) and after it (T1), we evaluate the affected area, desquamation, erythema and pruritus grade. We also evaluate the cosmetic aceptability and tolerability of treatment. The study followed the principles of the Declaration of Helsinki and patients provided informed consent before entering the study. The values are shows as % (n).

Results: The patients were phototype II-III (82.6% [19]), natural hair (87.0% [20]), normal or oil hair (26.1% [6] and 69.6% [16] respectively). The time evolution was weeks in the 8.7% (2), months in the 26.2% (6) and years in the 62.2% (15) of the population. At T0, the affected area distribution was < 5 cm² (0.0% [0]), 5-10 cm² (4.3% [1]), 10-15 cm² (26.1% [6]), 15-20 cm² (43.5% [10]), 20-50 cm² (13.0% [3]) and > 50 cm² (13.0% [3]). At T1, the affected area distribution was < 5 cm² (69.6% [16]), 5-10 cm² (26.1% [6]), 10-15 cm² (4.3% [1]), 15-20 cmv (0.0% [0]), 20-50 cmv (0.0% [0]) and > 50 cmv (0.0% [0]). The analysis of desquamation, erythema and pruritus grade are show. The treatment tolerability was very good/good in the 95.6% (22) of the population and the treatment was very satisfactory/satisfactory in the 91.3% (21) of the patients. At T0 and T1 (absent/discrete/moderate/accentuated): the desquamation grade was 0.0%/8.7%/69.6%/21.7% and 26.1%/73.9%/0.0%/0.0%; the erythema grade was 4.3%/13.0%/60.9%/21.7% and 65.2%/30.4%/4.3%/0.0%; and finally the pruritus grade was 0.0%/39.2%/43.5%/17.4% and 56.5%/39.2%/4.3%/0.0%.

Conclusions: the shampoo formulated with climbazole/piroctone olamine/ammonium lactate/salicylic acid has showed efficacy in the treatment of SD of the scalp. IFC partially supported this work.

13. ESTUDIO DE PIEL SENSIBLE

A.R. Rodrigues Barata y L. Conde-Salazar Gómez

Dermatología Laboral. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

La piel sensible constituye un síndrome de hiperreactividad cutánea de origen complejo, que condiciona una susceptibilidad e intolerancia al contacto cutáneo con varias sustancias cosméticas, irritantes y determinados factores ambientales. Puede acompañarse o no de signos clínicos objetivos y termina por ser en la mayoría de las ocasiones una condición auto-diagnosticada. En pocos casos puede indicar la presencia de una enfermedad cutánea subyacente como una dermatitis de contacto, cuperosis o rosácea, entre otras. En

relación a su etiopatogenia, aunque no bien conocida actualmente, están documentadas determinadas alteraciones como una disminución de la capa córnea, disfunción de la barrera cutánea, aumento de la pérdida de agua transepidérmica, cambios en la transmisión neuronal y alteraciones en los receptores vanilloides TRPV1. Debido a la falta de signos clínicos objetivos, y porque su causa es multifactorial, esta condición es difícil de diagnosticar. Los cuestionarios de autoevaluación constituyen una herramienta válida para identificar a pacientes de piel sensible, y además existen otras herramientas objetivas para su evaluación que se pueden clasificar en tres grupos: pruebas de reactividad sensorial, que miden la respuesta neurosensorial cutánea a la aplicación de determinadas sustancias químicas; pruebas de reactividad irritativa, que evalúan signos objetivos de irritación cutánea, y las pruebas de función dérmica, que se basan en identificar alteraciones estructurales o fisiológicas cutáneas que predisponen a la piel sensible. Asimismo se recomienda completar el estudio mediante pruebas epicutáneas para descartar la existencia de una dermatitis alérgica de contacto subclínica.

14. SENSIBILIZACIÓN A ACRILATOS EN UÑAS ARTIFICIALES

A.R. Rodrigues Barata y L. Conde-Salazar Gómez

Dermatología Laboral. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Introducción: La sensibilización y desarrollo de dermatitis alérgica de contacto (DAC) a acrilatos a través de las uñas artificiales ha ido en aumento en los últimos años, siendo en el momento actual una de las fuentes más prevalentes de sensibilización ocupacional a estos alérgenos.

Métodos: Con el objetivo de describir el fenómeno de la DAC a acrilatos por las uñas artificiales, desarrollamos un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes vistos los últimos 8 años con este diagnóstico, en el Instituto de Salud Carlos III.

Resultados: Durante el periodo del estudio se diagnosticaron un total de 17 pacientes: 16 esteticistas y una usuaria. Todos los individuos eran del género femenino, con media de edad de 36,1 años y 47% de antecedentes personales o familiares de atopía. El tiempo de evolución del cuadro varió en un rango de 1 a 12 meses, y la presentación clínica más frecuente fue la de pulpitis en el 82,4% de los casos. Se observó además la presencia de parestias acompañantes en un 29% de las pacientes. Se realizaron pruebas epicutáneas mediante batería estándar y específica de uñas acrílicas en todos los casos. Los alérgenos más frecuentes fueron el 2-hidroxipropil metacrilato (17/17, 100%), 2-hidroxietil metacrilato (16/17, 94%), etilenglicol dimetacrilato (16/17, 94%), 2-hidroxietil acrilato (13/17, 77%), 2-hidroxipropil acrilato (12/17, 71%) y trietilenglicol diacrilato (11/17, 65%).

Conclusiones: En resumen, las resinas acrílicas utilizadas en las prótesis cosméticas para el aumento y embellecimiento artificial de las uñas constituyen una fuente importante y en aumento de dermatitis alérgica de contacto, sobre todo ocupacional, en el ámbito de la cosmética.

15. TERAPIA FOTODINÁMICA EN ONICOMICOSIS

V. Pont, M. Armengot, P. Molés, B. Rodrigo, N. Barrado, R. Alcalá, E. Quecedo, F. Millán y E. Gimeno

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Introducción: La terapia fotodinámica (TFD) se basa en la administración de un fotosensibilizante que, activado mediante una luz de adecuada longitud de onda y en presencia de oxígeno, induce la fotooxidación de materiales biológicos y su muerte celular. En la actualidad se utiliza con éxito para el tratamiento del cáncer cutá-

neo no melanoma. Sin embargo, se sigue investigando para ampliar sus indicaciones clínicas, entre ellas las infecciones superficiales.

Caso clínico: Varón de 51 años diagnosticado de onicomicosis del primer dedo del pie izquierdo por *Trichophyton rubrum* en el que, tras fallo terapéutico con terbinafina e itraconazol, se decide tratamiento con TFD. Fue tratado con 3 sesiones de TFD con 5-metiloinolevulinato y lámpara de diodo de 630 nm a 37 J/cm², separadas por 15 días.

Resultados: El paciente no presentó efectos adversos durante el tratamiento y se consiguió una curación clínica y micológica permaneciendo asintomático tras 18 meses de seguimiento.

Conclusiones: Las onicomicosis constituyen una de las infecciones micóticas más prevalentes en la población y con una gran tasa de fracasos terapéuticos. La TFD en el tratamiento de las onicomicosis puede ser una alternativa terapéutica en pacientes con contraindicación para la administración de antifúngicos sistémicos (ancianos, hepatópatas, plurimedcados) o tras el fracaso de éstos. Es una técnica mínimamente invasiva, localmente activa y sin efectos sistémicos.

Bibliografía

- Piraccini B, Rech G, Tosti A. Photodynamic therapy of onychomycosis caused by *Trichophyton rubrum*. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5 Suppl):S75-6.
- Watanabe D, Kawamura C, Masuda Y, Akita Y, Tamada Y, Matsumoto Y. Successful treatment of toe nail onychomycosis with photodynamic therapy. *Arch Dermatol*. 2008;144:19-21.
- Aspiroz C, Fortuño Cebamanos B, Rezusta A, Paz-Cristóbal P, Domínguez-Luzón F, Gené Díaz J, Gilaberte Y. Terapia fotodinámica aplicada al tratamiento de las onicomicosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Iberoam Micol*. 2011;28:191-3.

16. TREATMENT OF VARICOSE VEINS WITH THE LONG PULSE (1064NM) LASERS

K. Dukic^a and T. Maravic Gidakovic^b

^a*Clinical of Dermatovenereology. Clinical Center of Serbia.*

^b*Private Practice Clinic Dermanova. Belgrade.*

Telangiectasia and varicose vein are the functional and aesthetic, especially in the young, mostly female population. Sclerotherapy and laser therapy are recommended as the most successfully treatment. We report a 34-year-old women with the history of chronic vein diseases (C2sEpAsPra - according the CEAP classification) of her lower extremity. Varicose veins on her left calf were from 4 to 6 mm diameter and it was very painful. we decided to treat the lesion with the long pulse (1064 nm) laser, once monthly-3 times. The result of the treatment was successful, there was only the linear cicatrix after the treatment and the patient was free of pain. The elastic sock was recommended to the patient.

17. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DARIER CON DICLOFENACO TÓPICO

F. Millan, B. Rodrigo, P. Moles, M. Armengot, N. Barrado, E. Quecedo, V. Pont y E. Gimeno

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Varón de 63 años diagnosticado de enfermedad de Darier que ha recibido diversos tratamientos tópicos (corticoides, retinoides) y sistémicos (acitretino) con los que ha obtenido leve mejoría transitoria. Durante 2011 se aplicaron dos sesiones de terapia fotodinámica en parte de las lesiones que se localizaban en la espalda con mínimo beneficio. En 2012 se inició tratamiento tópico con diclofe-

naco sódico al 3% en gel (Solaraze®) en distintas áreas, comprobándose una evidente mejoría de las lesiones en el control de los 8 meses. Se expone la necesidad de analizar su posible mecanismo de acción en esta patología y comprobar su eficacia terapéutica real en más casos para poder plantear su indicación terapéutica en la enfermedad de Darier.

18. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFORMIDAD LABIAL TRAS INYECCIÓN DE SILICONA

V. López Castillo y J.M. Ricart

Dermilaser Hospital Quiron.

La inyección de materiales de relleno para el aumento de volumen labial constituye una de las técnicas más demandadas en las consultas de dermatología estética. La silicona fue muy utilizada a lo largo de la década de los setenta. Sin embargo, como ocurre con otros productos no reabsorbibles, su uso no está exento de complicaciones y, en un importante porcentaje de pacientes, el riesgo de desarrollar granulomas es elevado. Las alternativas terapéuticas disponibles para la eliminación de estos granulomas son escasas. Presentamos la técnica quirúrgica empleada para la reconstrucción labial de una paciente de 62 años previamente tratada con relleno de silicona para aumento de volumen labial.

19. TREATMENT OF ACNE VULGARIS WITH PHOTOTHERAPY

A. Bani^a and E. Shkodrani^b

^a*Regional Hospital of Berat. Albania.* ^b*“Mother Teresa” Hospital of Tirana. Albania.*

Introduction: Porphyrins are synthesized by *Propionibacterium acne* as part of its normal life cycle. When they are synthesized under the exposure to direct visible light, porphyrins become chemically active and transform into an active state; as a result oxygen radicals are released which strike the cell membrane of *P. acne* and destroys it. This process depends on the concentration of porphyrins, temperature, and the wavelength of emitted light.

Objectives: To evaluate the effectiveness of phototherapy with Pulsed Light and Heat Energy (LHE) in treatment of medium mild and moderate forms of acne.

Method: In a two years period were treated: 62 patients with Acne vulgaris, 39 with medium form of Acne vulgaris, and 23 with light form of Acne vulgaris. The patients' age varied between 14-26 years old; the average age was 19 years old; the patients were II, III, and IV photo-type. The patients were chosen randomly and voluntarily. Treatment was done in a private clinic. Patients were treated with the Skin Station machine with two sessions a week in a sum of 8 sessions. The effectiveness was based on the number of inflammatory and non-inflammatory elements in the beginning moment of therapy and in the intervals after two sessions, 4 sessions, 6 sessions, 8 sessions, and one month after treatment.

Results: At the end of the treatment, after 8 sessions, was concluded that there was an important statistic difference between inflammatory and those non-inflammatory elements in comparison to the base-average before treatment. The base-average of the inflammatory and non-inflammatory elements before the treatment was respectively 22.78 and 17. Stated in percentage, this effect was 54% inflammatory elements and 52% for non-inflammatory elements. In total, after 8 sessions, the cleaning of inflammatory elements and non-inflammatory elements was 53%. One month after the treatment, the inflammatory elements cleaning reached 67.5% and non-inflammatory elements was 60.7%.

Conclusions: The treatment of Acne vulgaris with phototherapy LHE, as mono-therapy is a medical alternative which gives good

clinical results in a relatively short period of time (one month), and with minimal side effects.

20. QUEILITIS GRANULOMATOSA CON EXCELENTE RESPUESTA A CORTICOIDES INTRALESIONALES

P. Contreras-Ferrer^a, N. Merino de Paz^a, M. Rodríguez Martín^b, M. Sáez Rodríguez^a y R. Sánchez González^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias.

^bServicio de Dermatología. USP San Eugenio.

Introducción: La queilitis granulomatosa de Miescher (QG) se considera una forma clínica especial de granulomatosis orofacial, que se caracteriza por una tumefacción de la mucosa labial recurrente. La etiología del cuadro es desconocida aunque se relaciona con factores genéticos, infecciosos o alérgicos.

Caso clínico: Varón de 20 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por edema labial de más de tres semanas de evolución. El comienzo fue insidioso, aumentando el volumen de una manera progresiva, especialmente la mucosa del labio superior. No refería síntomas a otro nivel. Se solicitan analíticas completas (hemograma, bioquímica, autoinmunidad, enzima convertidora de angiotensina, hormonas tiroideas, serologías, mantoux), que se encontraban dentro de la normalidad. El estudio histológico resultó compatible con QG. Se realizó tratamiento con corticoides e inmunomoduladores tópicos y anapsos sin mejoría de la clínica. Finalmente se decide realizar terapia con triancinolona intralesional. Tras la tercera infiltración se ha obtenido una excelente respuesta con una mejoría clínica evidente.

Comentarios: La QG es una enfermedad infrecuente, pudiendo manifestarse a cualquier edad. Afecta característicamente a la mucosa labial superior, aunque se han descrito afectaciones a otros niveles como la cara y la faringe. El cuadro cursa con brotes recurrentes sin embargo, con el transcurso del tiempo los labios pueden quedar con edema indurado. Varios estudios han demostrado que entre un 10-40% de los pacientes asocian enfermedad de Crohn, siendo la QG una manifestación oral de la misma. El diagnóstico se establece con la clínica y los hallazgos histológicos donde se observan granulomas no caseificantes en dermis. El tratamiento es complicado al no existir un consenso. Los principales fármacos utilizados son los corticoides (orales e intralesionales), metronizadol, talidomina y antibióticos sistémicos, reservándose la queiloplastia para los casos refractarios.

21. SEGMENTAL CUTANEOUS GLOMOVENOUS MALFORMATION TREATED WITH DUAL WAVELENGTH PDL-ND YAG LASER

E. Grillo, P. Boixeda, C. de Daniel, L. Alonso and P. Jaén-Olasolo

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Glomangiomas of the skin, currently named glomuvenous malformations (GVMs), are benign vascular lesions composed of thin-walled distorted blood vessels, surrounded by variable rows of glomus cells. Most treatment modalities have been disappointing in the treatment of large glomangiomas, leading to high rates of recurrence. A healthy 34-year-old man presented with an extensive blue congenital skin lesion on the left arm. The lesion was painful on palpation. An excisional biopsy confirmed the diagnosis of glomuvenous malformation. Seven years ago the patient was treated with a trial of sclerotherapy with sodium tetradecyl sulfate. This approach resulted in poor cosmetic results as produced large areas of atrophic scars. We decided to treat our patient with dual wavelength PDL-Nd:YAG laser. Treatment with a combined sequential application of 595-nm PDL and 1,064-nm Nd:YAG wavelengths (Cynergy with Multiplex™, Cynosure, Westford, MA, USA) was performed using a spot size of 10 mm, a

pulse duration of 1.5 ms, and fluence of 14 J/cm² of PDL; followed by 1 second delay by Nd:YAG with 15 ms at 60 J/cm². Laser sessions were repeated approximately every 3 months to complete three sessions. Before each laser treatment the patient received general anesthesia. Three different expert dermatologists classified the clinical response as "significant improvement", achieving a 75 to 99% reduction of the lesion. Treatment of segmental GVMs can be a major therapeutic challenge. Aggressive excisions have led to significant scarring and nerve damage. Furthermore, in extensive lesions surgical resection is often impractical, and gradual recurrence is common. Sclerotherapy has been effective for lesions located on the extremities, but certain side effects such as necrosis, ulceration and hyperpigmentation may occur occasionally. Pulsed-dye laser can be a good option to flatten GVMs and provide pain relief, however, appears to have limited effect due to low capacity to penetrate tissues. This limitation could be overcome with dual wavelength PDL-Nd:YAG laser. This device targets structures at different dermal levels using two different wavelengths, PDL transforms oxyhemoglobin into methemoglobin, which temporarily increases Nd:YAG absorption by approximately 3-5 folds of that of normal blood. This effect allows the use of lower fluences of Nd:YAG maintaining its effectiveness and theoretically reducing the risk of side effects. To the best of our knowledge, this is the first case of a segmental glomangioma treated with dual wavelength PDL-Nd:YAG laser achieving great clinical and cosmetic outcomes.

22. VENOUS MALFORMATIONS OF THE EXTERNAL EAR TREATED WITH PULSED-DYE AND NEODYMIUM: YTRITIUM-ALUMINUM-GARNET SEQUENTIAL LASER. SUCCESSFUL TREATMENT OF THREE PATIENTS

N. Jiménez-Gómez, P. Boixeda, L. Alonso-Castro, M.A. Ballester-Martínez, J. Alcántara-González and P. Jaén-Olasolo

Dermatology Department. Ramón y Cajal University Hospital. Madrid. España.

Introduction and objectives: Venous malformations (VM) are slow-flow vascular malformations that are secondary to developmental errors during embryogenesis. Clinically, they present as soft, compressible, non-pulsatile blue-purple masses that are always present at birth, usually becoming more evident later in life. Treatment of VM is complex and challenging, because they have been treated using a range of approaches (surgery, sclerotherapy or laser) with varying results. We report the successful treatment of three patients with VM of the external ear with combined sequential application of 595nm pulsed dye laser (PDL) and 1064 nm Nd:YAG wavelengths.

Materials and methods: Three patients with VM of the external ear treated with dual wavelength PDLNd:YAG laser were retrospectively analyzed. Laser treatment was performed using 10 mm spot size with 10 ms pulse and 8-10 J/cm² of PDL, followed with a second delay by Nd:YAG with 15 or 20 ms at 35-70 J/cm²; or 7 mm spot size with 10 ms pulse and 8-10 J/cm² of PDL, followed with a second delay by Nd:YAG with 15 or 20 ms at 50-100 J/cm². Laser sessions were repeated approximately every 2-6 months. Continuous airflow cooling was always applied during laser treatment. Treatment effectiveness was assessed by evaluating photographs of the patients before and after laser treatment. Patient satisfaction (scale from 0 to 10) and adverse events were also registered.

Results: We achieved a complete clinical response in two of the patients and a partial response in the third one. In our cases, we did not notice recurrences or long-lasting side effects during the follow up. Mean patient satisfaction was 8.5.

Conclusions: The location of the VM of the presented patients made surgery very difficult with a high risk of unesthetic scars and

deformities. We conclude that PDL-Nd:YAG sequential laser was an effective and safe therapeutic option for VM of the external ear.

23. WET-WRAP: NUESTRA EXPERIENCIA

C. Albarrán Planelles, D. Jiménez Gallo, M. Linares Barrios, M. Salamanca Sánchez, A. Martínez Fernández y D. del Ojo Cordero

Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cádiz. España.

En la actualidad disponemos de un importante arsenal terapéutico para la dermatitis atópica (DA) severa. Entre los sistémicos cabe destacar ciclosporina, corticoides, azatioprina, metotrexato, mofetil micofenolato u omalizumab. La terapia con vendajes húmedos oclusivos (wet-wrap) es una buena alternativa en pacientes en los que se pretende evitar o reducir el uso de tratamientos generales. Actualmente se emplea de forma habitual en niños con escasos efectos adversos y buenos resultados. Presentamos nuestra experiencia en seis casos, todos ellos adultos mayores de 16 años. Cuatro de ellos presentaban DA severa y dos prurigo nodular resistente a tratamientos previos. En cinco de los casos se utilizaron los vendajes húmedos como monoterapia y sólo en uno de ellos se combinó con pulsos de metilprednisolona durante tres días. El producto aplicado consistió en una mezcla de corticosteroide tópico diluido (fluticasona al 0,05%) junto con emoliente (petrolatum cetomacrogol). La duración del tratamiento fue de 7 días con cambios diarios de los vendajes. En todos los pacientes hubo mejoría clínica de las lesiones, disminución importante del prurito y mejora de la calidad de vida, registrada mediante índice SCORAD y escala DLQI. No se observaron efectos secundarios. El tratamiento con wet-wrap ofrece una importante ventaja en el grupo de las dermatitis severas de la infancia. El mecanismo de acción que explicaría esta eficacia se debe a la recuperación de la barrera epidérmica mediante el aumento del contenido en agua, aumento de la liberación de cuerpos lamelares, así como la restauración de la estructura laminar de lípidos intercelulares. Por otro lado, esta técnica protege la piel del rascado, disminuye el prurito por enfriamiento de la piel, mejora la cicatrización y protege de los alérgenos externos. Todo esto conduce a una importante mejoría clínica reflejada en una significativa reducción del SCORAD. Respecto a los efectos secundarios, podemos decir que son escasos y poco graves. El más frecuente observado es la incomodidad derivada de la falta de movilidad por los vendajes junto con otros menos comunes como la foliculitis, infección por *Pseudomonas*, impétigo e infección herpética. En conclusión, recomendamos incluir el wet-wrap como parte del manejo de la DA severa o refractaria así como en otras dermatosis inflamatorias tanto en niños como adultos.

24. EFFICACY OF A COSMETIC COMBINED-TREATMENT BASED ON AN OVERNIGHT SERUM GEL AND A DAY GEL CREAM SPF50 IN REDUCING THE VISIBILITY OF SKIN BLOTCHES AND CREATING A MORE EVEN COMPLEXION

E. Reyes^a, M.A. Vitale^b, E. Cestone^c, A. Michelotti^c and V. Nobile^d

^a*Department of Medicine. University of Alcalá. Madrid. España.*

^b*Department of Strategic Planning. IFC. ^cFarcoderm Italy.*

^d*Farcoderm Ibérica.*

Introduction: The association of topical retinoids has been proposed for the treatment of aging using a glycospheres technology. The advantages of this technology are: penetration enhancement of active substances, better entrapment of both hydrophilic and lipophilic substances, slowly releasing of active ingredients and protection of labile molecules from degradation.

Objective: This trial is aimed to assess the lightening and brightening efficacy of a cosmetic treatment.

Patients and methods: A clinical-instrumental trial was carried out on 30 Caucasian and 10 Asian females showing the clinical signs of skin blotches and uneven complexion. Subjects with skin dyschromia and dull skin, and skin blotches due to natural chronoageing or photoageing were enrolled. Product effect on skin was evaluated using non invasive bioengineering techniques after 30 and 60 days of product use. Monitored parameters were skin hydration, brightness of the complexion, the reduction of visibility of the blotches (melanin index and digital images). All the study procedures were carried out according to WMA's Helsinki declaration and its amendments.

Results: Skin moisturization significantly increased vs T0 both in Caucasian (T30 = 15.7%/T60 = 25.1%) and Asian subjects (T30 = 14.4%/T60 = 20.7%). The gloss value and index of skin radiance significantly improved vs T0 both in Caucasian (T30 = 10.2%/T60 = 20.1%) and Asian subjects (T30 = 8.3%/T60 = 16.6%). Melanin index significantly decreases vs T0 both in Caucasian (T30 = -12.3%/T60 = -16.5%) and Asian subjects (T30 = -10.5%/T60 = -20.8%). The percentage of subjects who showed an effect was 46.7% at T30 and 70.0% at T60 for Caucasian and 30.0% at T30 and 80.0% at T60 for Asian. Treatment determined a decrease of brown spots (both intensity of pigmentation and visibility). These effects clinically and instrumentally recorded were also noted by the subjects participating in the trial. The skin tolerability was 100% in both groups of subjects and no adverse reactions were reported.

Conclusions: Combined-treatment based on an overnight serum gel and a day gel cream SPF50 determine an eutrophic effect for the skin as demonstrated by the improvement of skin moisturization and skin brightness. To this improved trophism is associated a decrease of skin blotches (whitening effect) both in Caucasian and Asian subjects. This work has not supported for any grant.