



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES Y PÓSTERES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATO-ONCOLOGÍA Y CIRUGÍA (GEDOC)

35 Reunión del Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía de la AEDV (GEDOC)

Santiago de Compostela, 9 al 11 de noviembre de 2023

Comunicaciones orales

Cirugía

1. UTILIZACIÓN COLGAJO CENTOLLO EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN LA REGIÓN INTERCILIAR Y RAÍZ NASAL

M. Colmenero Sendra^a, J.M. Morón Ocaña^b,
M.I. Fernández Canedo^a, F. Russo de la Torre^c,
J. Bosco Repiso Jiménez^a y M. de Troya Martín^a

^aDermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

^bDermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla.

^cDermatología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción. La zona interciliar es una localización infrecuente de asiento de cáncer de piel no melanoma (CPNM). Dada la proximidad de las cejas es primordial en la cirugía reconstructiva preservar la distancia interciliar, algo difícil de conseguir por las características propias de la zona. Por el contrario, la raíz nasal sí constituye un área anatómica frecuente de asiento de CPNM, y en esta área el injerto de piel total constituye una de las principales técnicas reconstructivas. El colgajo centollo recientemente descrito, puede ser una buena alternativa reconstructiva para ambas localizaciones.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos en los que se empleó un colgajo centollo para la reconstrucción de defectos quirúrgicos cutáneos tras cirugía oncológica de CPNM, localizados en región interciliar y raíz nasal. Se describen las características de la técnica quirúrgica, así como aspectos clínico-epidemiológicos, complicaciones y resultados cosméticos.

Resultados. Se incluyeron un total de 6 pacientes: 3 carcinomas basocelulares (CBC) interciliares, 2 CBC en raíz nasal y 1 espinocelular en raíz nasal. La mediana de edad fue de 73,5 con un 50% de mujeres. La mediana del defecto fue 30 mm en región interciliar y 8 mm a nivel raíz nasal. Un paciente presentó necrosis de la porción distal izquierda del colgajo con cierre por segunda intención y otro una leve dehiscencia. La distancia interciliar en ningún caso fue mermada más de 5 mm, apreciando solamente una ligera elevación

de la cabeza de ceja izquierda en un paciente. Todos los pacientes declararon un perjuicio estético mínimo.

Conclusión. El colgajo centollo es un colgajo de doble transposición de fácil diseño y ejecución para la reconstrucción de defectos de gran tamaño que se localizan en región interciliar y en raíz nasal. En nuestra experiencia tienen escasas complicaciones y resultados estéticos aceptables.

2. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS NAALES MEDIANTE COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN EN PENÍNSULA TRAS CIRUGÍA DE MOHS: SERIE DE 28 CASOS

E. García Mouronte^a, N. Villamarín Bello^b, D. de Perosanz Lobo^a,
P. Burgos Blasco^a, B. de Nicolás Ruanes^a, E. Berna Rico^a,
C. Azcárraga Llobet^a, Ó. Muñoz Moreno-Arrones^a, P. Jaén Olasolo^a,
S. Beà Ardébol^a y L. Ríos Buceta^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Público de Verín. Verín. Ourense. España.

El ala nasal es una subunidad estética crítica para la preservación de la simetría facial y del funcionamiento de la válvula nasal. Su estructura tridimensional, la presencia de un borde libre y la rigidez de la piel adyacente suele hacer necesario el uso de colgajos locales en el cierre de defectos quirúrgicos. Presentamos una nueva modificación del colgajo en isla, denominada colgajo de transposición en península (CTP), caracterizada por la preservación de un pedículo miocutáneo, lo que le confiere un mayor grado de rotación (hasta 180°) y vascularización. Por ello, el objetivo de este estudio es describir su resultado estético y funcional en la reconstrucción de defectos quirúrgicos nasales tras cirugía de Mohs. Se trata de una cohorte retrospectiva multicéntrica de pacientes con defectos quirúrgicos nasales tras cirugía de Mohs reconstruidos mediante CTP entre 12/2007 y 11/2016. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, tratamientos previos, tamaño del defecto, localización del pedículo y presencia de complicaciones. El resultado estético y funcional (0-10) fue valorado a partir de los controles fotográficos tomados en posteriores revisiones (> 3-6 meses).

Se incluyeron 28 pacientes. La mayoría eran varones (n = 16; 57,14%). La edad mediana fue de 69,5 años (31-87). La práctica totalidad de las neoplasias extirpadas fueron carcinomas basocelulares (n = 27; 96,43%). El subtipo histológico más prevalente fue el esclerodermiforme (n = 19; 73,08%). Solo 12 pacientes eran naïve (42,86%). La mayoría de los defectos quirúrgicos estaban localizados en el ala nasal (n = 22; 78,57%). La superficie mediana del defecto fue de 305 mm² (90-1575). La localización más frecuente del pedículo fue la inferoexterna (n = 13; 48,15%). Solo 6 pacientes (21,43%) desarrollaron complicaciones, siendo la más frecuente el edema local (n = 3, 10,71%). Ningún paciente desarrolló sobreinfección o necrosis total del colgajo. El resultado estético y funcional fue excelente, con una puntuación media de 9,88 (9-10) y 8,76 (7-10), respectivamente. Todos los pacientes se mostraron satisfechos con los resultados finales. El CTP es una nueva técnica disponible en la reconstrucción de defectos quirúrgicos nasales tras cirugía de Mohs, alcanzando buenos resultados estéticos y funcionales.

3. INJERTOS DERMOGRASOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS NASALES

N.M. Román Mendoza, M. Gutiérrez Pascual, A. Sánchez Gilo, A. Alegre Bailo, J.J. Mateos Rico y F.J. Vicente Martín

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. La reconstrucción en la pirámide nasal supone un reto. Los injertos dermograsos (IDG) son útiles en la reconstrucción de defectos nasales. Aportamos nuestra experiencia con el uso de IDG.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Desde diciembre de 2022 a junio de 2023 se recogieron los defectos nasales reconstruidos con IDG. Se obtuvieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, toma de antiagregantes/anticoagulantes y características de la lesión. Se recopilamos datos de cicatrización y complicaciones.

Resultados. Realizamos 6 IDG en 6 pacientes, 4 hombres y 2 mujeres. Edad media de los pacientes de 81 años (rango 68-88 años). Cinco eran hipertensos, 3 tenían diabetes mellitus y 3 dislipemia. Ninguno fumaba. Tres tomaban antiagregantes y 2 anticoagulantes. En todos la sospecha inicial fue de carcinoma basocelular, confirmando histológicamente. Localización de las lesiones: 1 en pared nasal, 2 en ala nasal y 3 en punta nasal. Tamaño medio del tumor de 10,5 mm (rango 6-16 mm) con tamaño medio del defecto tras exéresis de 14,8 mm (rango 10-20 mm). En todos se realizó cirugía convencional. Cinco injertos se obtuvieron de la región supraclavicular y 1 del antebrazo. Tres pacientes tomaron profilaxis antibiótica. El tiempo de cicatrización media fue de 7 semanas. No se registraron complicaciones en 5 pacientes. Se perdió el seguimiento en uno de ellos.

Discusión. Existen diferentes opciones para reconstruir defectos nasales. Los injertos de piel total son una buena opción desde el punto de vista quirúrgico y oncológico. No hay modificaciones locoregionales, pero el resultado estético es más incierto (aspecto de "parche"). Los colgajos locales pueden implicar cicatrices de mayor tamaño, colapso del ala nasal o asimetría. El cierre por segunda intención supone mayor tiempo de cicatrización sin asegurar un volumen óptimo. Se están reportando casos con el uso de IDG con buenos resultados. Los tamaños de los defectos oscilaron desde 7 mm a 25 mm. La edad media de los pacientes fue variable (rango entre 36 y 93 años). El tiempo medio de cicatrización fue de 5 a 7 semanas.

Conclusiones. El uso de IDG es una buena opción para la reconstrucción de defectos nasales. Es una técnica sencilla, con escasas complicaciones locales y con buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

4. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS POSTQUIRÚRGICOS EN PIERNAS MEDIANTE EL EMPLEO DE MICROINJERTOS O INJERTOS EN SELLO DE PIEL PRÓXIMA AL DEFECTO

V. Ruiz Salas, M. Urbano Alcaraz, L. Rusiñol Batlle, E. Carmona Rocha, F. Peirano, A. Alturo-Pons y L. Mateu Arrom

Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. El injerto en sello o microinjerto es una técnica conocida desde hace décadas, que ofrece una opción terapéutica importante en el tratamiento de las úlceras crónicas de las piernas. Es una alternativa terapéutica que empleamos desde hace varios años y de forma habitual en nuestro servicio para el tratamiento de esta patología. Además, decidimos investigar el resultado cosmético y funcional que podría ofrecer la técnica para la reconstrucción inmediata de defectos postquirúrgicos en determinadas áreas de la pierna.

Métodos. Empleamos los injertos en sello para la reconstrucción inmediata de defectos postquirúrgicos localizados en piernas (principalmente área pretibial y tobillo) en 20 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 72 años y los defectos postquirúrgicos fueron resultantes de la exéresis de carcinoma basocelular y carcinoma escamoso, principalmente. Los injertos se obtuvieron con hoja de bisturí n.º 15 de piel próxima a los defectos (no de cuero cabelludo), procediendo a la inmediata cobertura de un 70% del defecto con los mismos.

Resultados. En la mayoría de los pacientes (80%) se obtuvo un prendimiento total de los microinjertos a la semana de la intervención. En un 20% tuvimos que recolocar algunos injertos o realizar una 2.ª sesión de la técnica en la propia sala de curas pero obteniendo menor cantidad de tejido. El resultado cosmético y funcional fue óptimo en todos los pacientes intervenidos.

Conclusiones. Los injertos en sello representan una técnica sencilla, rápida y eficaz con excelentes resultados cosméticos en la cobertura inmediata de defectos postquirúrgicos localizados en determinadas áreas de las piernas.

5. CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

A. Sánchez-Puigdollers^a, D. Morgado-Carasco^b y A. Toll^b

^aDermatología. Hospital Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud y Hospital Clínic. ^bDermatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción. La cirugía dermatológica es generalmente un procedimiento limpio y con una baja tasa de complicaciones. El cuidado de la herida quirúrgica es un tema controvertido, y no existe un protocolo universalmente aceptado. El objetivo de nuestro trabajo es revisar procedimientos y productos indicados en la actualidad para el cuidado de la herida quirúrgica, discutir la evidencia que los avala, y ofrecer un algoritmo de manejo de la herida quirúrgica según el tipo de reconstrucción empleado.

Métodos. Realizamos en agosto del 2023 una revisión narrativa de la literatura, buscando en Pubmed y Google scholar los términos "cirugía dermatológica"; "curas"; "herida quirúrgica"; "injerto"; "cierre directo"; "cierre por segunda intención"; "biomembranas"; "plastias". Se revisaron artículos en español e inglés.

Resultados. Hemos encontrado una amplia variabilidad de directrices en la frecuencia de las curas, apósitos utilizados, uso de antisépticos, aplicación de antibióticos tópicos u otros productos. Aunque el riesgo de infección de la herida quirúrgica dermatológica es muy bajo, existen diferencias en este según la extensión, localización, el tipo de procedimiento y de cierre. Sin embargo, los estudios que comparan este riesgo según distintas modalidades de curas (con vaselina, antisépticos o antibióticos, entre otros), son en general pequeños, heterogéneos y no distinguen entre localizaciones

o tipos de procedimiento. Los metaanálisis que los recopilan parecen apuntar a que el uso de antibióticos no aporta una mejoría en la recuperación de la herida, mientras que su uso extendido como profilaxis contribuye al desarrollo de resistencia antibiótica y de sensibilización por contacto. El cierre por segunda intención no presenta mayor riesgo de infección que el cierre por primera intención, y los estudios sobre las distintas opciones de cura en este tipo de herida en dermatología son escasos.

En general, en la literatura se describe el uso de materiales hidrocoloides, distintas coberturas de injertos, sistemas de cierre asistido por vacío, "punch grafting" y nitroglicerina tópica, todas ellas con buenos resultados en series de casos.

Conclusiones. Resulta fundamental indicar un cuidado de la herida quirúrgica basado en la evidencia científica disponible, que sea coste-efectivo, cómodo para el paciente y que pueda optimizar la cicatrización y el aspecto de la cicatriz.

6. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGÍA + CIRUGÍA GENERAL EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: MODELO DE FUNCIONAMIENTO Y REPORTE DE PRIMEROS PACIENTES

S. Haselgruber de Francisco^a, D. Muñoz Barba^a, A. Soto Moreno^a, C. Cuenca Barrales^a, S. Arias Santiago^a, A. Carrillo Acosta^b y A. Molina Leyva^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción y objetivos. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad que puede causar daño estructural. En estos pacientes, además de un tratamiento médico que controle la inflamación, es necesario un tratamiento quirúrgico que elimine las lesiones estructurales. El dermatólogo representa el eje central en el tratamiento del paciente, encargándose del tratamiento médico y coordinando o llevando a cabo el tratamiento quirúrgico. Habitualmente es necesaria la participación de otras especialidades quirúrgicas (como Cirugía General, Cirugía Plástica o Urología) para poder ofrecer los mejores resultados a los pacientes.

Métodos. Presentamos un modelo de consulta multidisciplinar sincrónica Dermatología + Cirugía General en HS, así como un resumen de las principales características clínicas y decisiones tomadas en los 10 primeros pacientes atendidos.

Resultados. La mayoría de los pacientes atendidos fueron hombres (80%, 8/10), y la edad media fue de 43,8 (\pm 13,55) años. Todos los pacientes tenían una HS de fenotipo inflamatorio, salvo uno que presentaba fenotipo mixto. Ocho de los pacientes habían sido valorados en alguna ocasión por otra especialidad a causa de la HS, además de por dermatología: 6 habían sido valorados por cirugía general, uno por cirugía plástica y otro por urología. Seis de los pacientes ya habían recibido tratamiento quirúrgico para la HS. Cuatro de ellos habían sido operados en 2 o más ocasiones. El motivo de derivación a la consulta multidisciplinar fue la presencia de fistulas inflamatorias complejas que afectaban a la región inguinal, perineal, glútea, y/o genital. En el momento de la consulta, 4 pacientes estaban en tratamiento con un fármaco biológico. En todos los pacientes se decidió que se podrían beneficiar de tratamiento quirúrgico. Seis pacientes serían intervenidos por cirugía general exclusivamente, tres por cirugía general y cirugía plástica, y uno por urología.

Conclusiones. En la consulta multidisciplinar se atiende a pacientes con hidradenitis supurativa y afectación estructural grave glútea-perianal-genital, que se podrían beneficiar de tratamiento quirúrgico. Este tipo de consulta opta por un enfoque integral del paciente, y consigue una mejor coordinación entre especialistas, así como una toma de decisiones más rápida, mejorando la calidad de la atención proporcionada.

7. TRATAMIENTO DE LOS TRACTOS FISTULOSOS DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA MEDIANTE SETONES DE DRENAJE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO

M. Pousa Martínez^a, J. Romaní de Gabriel^b, J. Fernández Vela^b, E. Vilarrasa Rull^c, G. Camiña Conforto^c y F. Cabo Gómez^a

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ^bHospital General de Granollers. Barcelona. ^cServicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. Los túneles o tractos fistulosos (TF) de la hidradenitis supurativa (HS) son habitualmente resistentes a tratamientos médicos, siendo necesario su abordaje quirúrgico. Es deseable que las lesiones puedan ser operadas con un mínimo impacto en la vida diaria del paciente. La colocación de setones de drenaje (SD) es sencilla y se puede llevar a cabo mediante anestesia local. Una vez colocado el setón mediante una guía o estilete, este mantiene el tracto abierto, permitiendo el drenaje, estrechando y epitelización la base del túnel. En muchos casos pueden conseguir la curación de la lesión, y en los restantes facilitar la cirugía ambulatoria mediante destechado o extirpación radical del área. El uso de esta técnica puede combinarse con la administración de antibióticos, inmunomoduladores, retinoides o tratamiento biológico de la HS, siguiendo las guías terapéuticas en vigor.

Métodos. Evaluar la respuesta clínica de la aplicación de SD a pacientes con HS que presenten TF mediante un estudio multicéntrico retrospectivo de 3 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HS y al menos un TF.

Resultados. Para el estudio de la técnica de SD incluimos 27 pacientes con un total de 34 TF. Realizamos su estratificación clínica de Hurley y HS-PGA (hidradenitis suppurativa Physician Global Assessment); así como la clasificación ecográfica de los TF mediante la tipificación de MartorellREF, cuantificación de sus dimensiones, profundidad e inflamación en el modo Doppler color. Además, reflejamos la escala visual análoga (EVA) de dolor de los pacientes. Estas mediciones fueron recogidas antes de la colocación de los SD y repetidas previamente a su eliminación.

De la población estudiada, las áreas anatómicas más afectadas fueron la axilar (47,05%) seguida de la inguinal (17,64%) y la glútea (14,70%). Los tipos de TF fueron: túneles tipo B (47,05%), tipo A (26,27%), tipo C (17,64%) y un caso de tipo D.

Hemos comprobado una reducción en la inflamación local y dolor de los pacientes (EVA de dolor de $6,50 \pm 2,26$ a $1,22 \pm 1,86$) así como una menor inflamación y profundidad de TF mediante ultrasonidos ($6,46 \pm 5,41$ mm a $3,57 \pm 3,24$ mm).

Conclusiones. La técnica de SD se perfila como una opción eficaz para el control de la supuración y cirugía posterior poco cruenta de las fistulas de HS en áreas anatómicas como la axilar, la inguinal o la glútea.

8. ELECTROBISTURÍ DE PUNTA FINA FRENTE A BISTURÍ FRÍO EN LA INCISIÓN DE LA PIEL EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

L. Acacio Ortega-Berbel^a, N. Eiris Salvado^b, B. Ruz Portero^b, J.P. Tirado Pérez^b, L. Ferrándiz Pulido^b y D. Moreno Ramírez^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Quirón Sagrado Corazón. ^bHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivo. En los últimos años, la electrocirugía ha ido desarrollándose y cobrando importancia hasta convertirse en una herramienta casi indispensable en una sala de quirófano. No obstante, el uso del bisturí eléctrico ha permanecido en entredicho debido a la creencia de que este se asocia con una peor cicatrización.

Consideramos que la incisión cutánea y posterior disección de tejidos con una aguja de punta ultrafina no es inferior en cuanto a re-

sultados estéticos de la herida frente a la incisión convencional con bisturí frío.

Métodos. Estudio longitudinal, comparativo, aleatorizado, de grupos paralelos, con grupo control y evaluadores externos cegados para identificar diferencias en cuanto a la cicatrización de heridas quirúrgicas entre los pacientes operados con bisturí eléctrico y con bisturí frío en cirugía dermatológica. La intervención a evaluar consiste en comparar la utilización del electrobisturí con punta de Colorado (empleando el modo corte a 10W para incisión cutánea y disección del plano profundo y 15W para la coagulación) frente a la incisión con bisturí frío y disección con tijeras de Metzbaum. Como variables de resultado se midieron las complicaciones de la herida quirúrgica, escala POSAS y la anchura de la cicatriz (mm). A la conclusión del estudio se realizó una valoración cegada subjetiva global de la cicatriz por facultativos especialistas.

Resultados. El estudio incluyó un total de 95 pacientes, de los cuales 88 acudieron a la visita de evaluación. La valoración de la cicatriz a los 3 meses no identificó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de intervención en cuanto a la sumatoria de la valoración objetiva (OSAS 9,93 vs. 9,73 en el grupo de intervención, $p = 0,721$), y valoración objetiva global (OSAS-global 2,18 vs. 2,15 en el grupo de intervención, $p = 0,832$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a la valoración de la cicatriz por el paciente (PSAS 15,78 vs. 13,82, $p = 0,238$). La valoración subjetiva global de la cicatriz no identificó diferencias entre ambos procedimientos (3,88 vs. 4,07, $p = 0,435$). **Conclusión.** Los resultados obtenidos nos permiten concluir que la incisión de la piel con bisturí eléctrico de punta fina no es inferior a la incisión con bisturí de punta fría en la cicatrización de las heridas quirúrgicas así como en número de complicaciones de la herida quirúrgica.

9. COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN CONDROCUTÁNEO DE LA CONCHA PARA REPARACIÓN DE DEFECTOS DEL TERCIO SUPERIOR DEL PABELLÓN AURICULAR QUE INCLUYEN CARTÍLAGO: SERIE DE 8 CASOS

C. Azcárraga Llobet, J. Jiménez Cauhé, D. de Perosanz Lobo, E. de Dios Berná Rico, N. Ruanes, E. García Mouronte, L. Ríos Buceta y S. Beà Ardébol

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

Antecedentes y objetivos. La anatomía del pabellón auricular dificulta la reparación de defectos en dicha localización, especialmente cuando estos son de gran tamaño e incluyen el cartílago. En este estudio se pretende mostrar el resultado del colgajo de transposición condrocutáneo de la concha (CTCC) en la reparación de defectos del tercio superior del pabellón auricular con pérdida de cartílago, así como sus ventajas e inconvenientes.

Métodos. Se presenta un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos mediante un CCTC en el Servicio de Dermatología de un hospital terciario desde el año 2019 al 2023. Se recogen los datos clínicos, los resultados y las complicaciones.

Resultados. Se incluyó en el estudio a 8 pacientes intervenidos de un CCTC, 6 varones y 2 mujeres, con una media de 78 años en el momento de la cirugía. Todos los pacientes mostraban un defecto en el tercio superior auricular (hélix y/o antehélix), siendo de espesor total en 3 de ellos, cuya región posterior se reparó mediante un colgajo de avance retroauricular. El origen del defecto fue la resección oncológica: 6 pacientes por carcinoma basocelular y 2 por carcinoma epidermoide, siendo la media del tamaño tumoral de 2,4 x 2 cm. 6 de ellos fueron intervenidos mediante cirugía de Mohs y 2 mediante cirugía convencional, todos bajo anestesia local. La reepitelización total de la concha se observó alrededor de las 3-4 semanas. En cuanto a las complicaciones, 2 pacientes desarrollaron

una hemorragia posquirúrgica, 1 un otomatoma con necesidad de drenaje y 1 una necrosis de la porción distal del colgajo por diseño inadecuado. El seguimiento medio de los pacientes fue de 30 meses, mostrando todos buen resultado estético y funcional.

Conclusiones. El diseño del CCTC es muy útil en la reparación de defectos del tercio superior del pabellón auricular que incluyen cartílago. El resultado estético y funcional generalmente es bueno, permitiendo preservar un adecuado tamaño auricular sin grandes distorsiones del hélix. Además, consiste en un colgajo seguro con bajo riesgo de necrosis, por su rica vascularización. El cierre por segunda intención de la concha permite ahorrar segundos tiempos quirúrgicos o realización de injertos, siendo su reepitelización rápida y adecuada, por sus características anatómicas.

Oncología I

10. SERIE DE CASOS DE DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS TRATADOS MEDIANTE CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN FRESCO

M. González Ramos^a, J. Naharro Rodríguez^a, F.J. Pérez Bootello^a, L.A. Pérez González^a, J. Cuevas Santos^b, G. Patiño Toledano^c, P. Jaén Olasolo^a, L. Ríos Buceta^a y S.B. Ardébol^a

^a*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

^b*Emérito en Servicio de Anatomía Patológica. ^cTécnico Superior en Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.*

La cirugía micrografía de Mohs (CMM) se considera la técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de los dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP). Algunos autores respaldan la superioridad de la CMM en parafina en comparación con la CMM en fresco al permitir una determinación más sencilla de las células tumorales en el margen quirúrgico, pero apenas existen estudios comparativos entre ambas técnicas. La CMM en fresco presenta ventajas, como una menor duración de la cirugía y el cierre del defecto en el mismo acto quirúrgico. Saleem et al. presentaron una serie de casos de DFSP tratados con CMM en fresco, con una tasa de recurrencia del 1,5%. En un estudio realizado por Lee et al., la CMM en fresco mostró una menor tasa de recurrencias que la técnica en diferido (3,3% vs. 7,9%) al contrario que lo reportado en la cohorte REGESMOHS (3,2% vs. 1,8%); en los dos casos sin diferencias significativas entre ambas técnicas. Presentamos una serie de 23 casos de DFSP tratados mediante CMM en fresco. La media de edad fue de 43 años. El 47,8% eran mujeres y el 52,2% hombres. La localización más frecuente fue la espalda (26,1%) seguida del abdomen (21,7%). En la mayoría de los casos (82,6%) se trataba un tumor primario. Un 17,4% habían sido sometidos previamente a una extirpación incompleta y ninguno era una recurrencia. El número de estadios de CMM que se necesitaron para la extirpación completa fue de uno en diez pacientes, de dos en diez pacientes y de tres en tres pacientes. La media de número de pases fue de 1,7. La mediana de tamaño de los DFSP antes de la cirugía fue de 60 mm de diámetro mayor. En todos los pacientes la cirugía se completó en un día independientemente del número de estadios. Ningún paciente requirió ingreso. La media de seguimiento fue de 84,95 meses. Se perdió el seguimiento de dos pacientes. Hasta el momento ningún paciente ha presentado recurrencia local del tumor. En conclusión, dada la ausencia de recurrencias y las ventajas descritas, la CMM en fresco debería considerarse como una opción de tratamiento eficaz y segura para los DFSP primarios. En los casos de DFSP recidivantes la CMM en diferido podría ser una opción más apropiada al permitir realizar técnicas de inmunohis-

toquímica que ayuden a determinar las células tumorales en los márgenes quirúrgicos en situaciones dudosas.

11. CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ESCENARIOS DE DIFÍCIL MANEJO CON TRATAMIENTOS LOCALES CONVENCIONALES

I. Martí Martí y A. Toll Abelló

Servicio de Dermatología. Hospital Clinic. Barcelona. España.

La gran mayoría de los carcinomas escamosos cutáneos se curan solo con tratamiento quirúrgico (y/o radioterápico). Sin embargo, algunos casos responden mal a estos tratamientos o no son la mejor opción terapéutica. Es de vital importancia identificar y analizar estas situaciones, ya que muchas veces no se contemplan de forma óptima en las guías clínicas y en los sistemas de estadificación de uso habitual. Los escenarios que se revisarán en esta comunicación son:

- Invasión de estructuras profundas o cavidades como la orbitaria o el oído donde la cirugía puede ser tan mutilante que se contraindique. La radioterapia está a menudo contraindicada.
- La afectación ósea y más allá del hueso. La resección o irradiación del hueso a veces no es posible y en algunos casos, como pasa con los tumores del cuero cabelludo, pueden invadirlo y dar lugar a invasión intracraneal, lo que imposibilita o hace muy difícil el tratamiento quirúrgico o radioterápico curativo.
- Invasión perineural. A pesar de ser una situación contemplada en los sistemas de estadiaje, sigue siendo infradiagnosticada y sigue suponiendo un reto terapéutico.
- Ubicaciones anatómicas complejas. Existen localizaciones donde sigue siendo complicado alcanzar la curación con un tratamiento quirúrgico único, como podrían ser la uña o el pene.
- Hidrosadenitis supurativa concomitante u otras enfermedades inflamatorias crónicas. Los tumores que se desarrollan en áreas afectas por enfermedades inflamatorias crónicas suelen suponer un reto terapéutico de causa multifactorial.
- Exéresis incompletas o recidivas en colgajos. Para reducir al máximo la posibilidad de que esto suceda, debería realizarse cirugía micrográfica de Mohs siempre que se vaya a realizar un colgajo para reconstruir un defecto de exéresis tumoral.
- Satelitosis o metástasis en tránsito. Se ha demostrado que las satelitosis son un factor de riesgo independiente de mal pronóstico. Sin embargo, no se contemplan en la mayoría de guías clínicas ni sistemas de estadiaje.
- Presencia de múltiples tumores simultáneos.
- Metástasis parotídeas. Se suele equiparar la metástasis parotídea a la ganglionar cervical, a pesar de presentar características pronósticas propias.
- Metástasis ganglionares extensas.
- Tumores que aparecen en pacientes de edad avanzada con fragilidad o comorbilidades que contraindiquen la cirugía y donde la radioterapia es paliativa.

12. PAUTA OPTIMIZADA DE IMIQUIMOD AL 5% PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES SUPERFICIAL: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO

B. Ruz Portero, L.A. Ortega Berbel, N. Eiris Salvado, A. Ruiz de Casas y D. Moreno Ramírez

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El imiquimod 5% es el principal tratamiento tópico para el carcinoma de células basales superficial (CCBs), sin embargo, su pauta prolongada de 6 semanas y la reacción local que produce pueden limitar su utilización al dificultar la adherencia terapéutica.

Objetivo. Plantear si la aplicación diaria de imiquimod 5% en crema durante 14 días consecutivos no es menos efectiva que una pauta estándar de 6 semanas para el tratamiento del CCBs.

Material-método. Estudio prospectivo comparativo de pacientes con CCBs diagnosticado, de forma presencial o mediante teleconsulta, tratados con imiquimod crema 5% durante 14 días frente a la pauta convencional establecida en ficha técnica (5 días en semana durante 6 semanas). Como variables de estudio se registró información demográfica (edad, sexo), fototipo, tiempo de evolución y características clínicas y dermatoscópicas. Tras 4 semanas se analizó la respuesta al tratamiento utilizando como variables de resultado la adherencia y los días de tratamiento completados, la cantidad de imiquimod (gramos) utilizada, los efectos adversos y la persistencia clínica y/odermoscópica.

Resultados. Un total de 37 pacientes completaron el estudio. El 86,4% de los pacientes del grupo que recibió el tratamiento optimizado obtuvo respuesta completa al tratamiento sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes que realizaron el tratamiento con la pauta convencional. Se obtuvo un 90,9% de adherencia completa a la terapia en el grupo optimizado con una media de 13,8 días completados, mientras que solo el 46,7 % completaron el tratamiento en el grupo convencional, con una media de 25,5 días completados, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El efecto adverso más señalado fue el prurito, que aparecía en los primeros días de tratamiento.

Conclusiones. Los resultados observados respaldan que la aplicación optimizada de imiquimod 5% en crema durante 14 días consecutivos sería no inferior respecto a la pauta estándar de 6 semanas para el tratamiento del CCBs, en una valoración a la semana 4 post-tratamiento. Además, en nuestro estudio, dicha pauta ha conllevado una mejor adherencia al tratamiento y menos efectos adversos.

13. TUMOR BUDDING COMO BIOMARCADOR EN EL CARCINOMA BASOCELULAR CON CRECIMIENTO INFILTRATIVO

M.T. Fernández Figueras^a, N. Pérez Muñoz^a, R.A. Posada Caez^a, R. Ballester Victoria^a, M. Henríquez^b, L. Puig^c, M. Salleras Redonnet^d, A. Campoy Sánchez^e y E. Musulen^a

Anatomía Patológica. ^aHospital General de Catalunya. ^bFacultat de Medicina. Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Dermatología. ^cHospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^dHospital Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud. ^eHospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La gemación tumoral o tumor budding (TB) es un factor pronóstico de agresividad local y supervivencia, ampliamente reconocido en múltiples neoplasias. Se considera una forma incompleta de transición epitelio mesénquima y se define como la presencia de células tumorales aisladas o en pequeños grupos ($\leq 3-5$ células) en el frente de invasión tumoral. Los carcinomas basocelulares (CB) agresivos son cada vez más frecuentes y existen pocos parámetros histológicos que ayuden a guiar su tratamiento. Además, subclasificar los CB infiltrativos en subtipos infiltrante, esclerosante y micronodular es poco útil, dada la baja reproducibilidad. El objetivo del estudio es investigar el papel del TB como biomarcador histológico para ayudar a decidir el tratamiento en casos complejos.

Métodos. Se han evaluado 271 biopsias de exéresis de CB en las que el tumor se incluyó en su totalidad. Se ha valorado la intensidad de TB con ≤ 3 células tumorales (0: ausente; 1: 1-2 focos; 2: ≥ 3 focos; 3: ≥ 10 focos) en todas las secciones. Además, se ha estudiado la profundidad máxima de infiltración, invasión perineural, ulceración, diámetro tumoral y subtipo predominante.

Resultados. La presencia e intensidad del TB se correlacionan de forma significativa con una mayor profundidad de infiltración ($p <$

0,0001), invasión perineural ($p = 0,0363$) y ulceración ($p < 0,0001$), independientemente del diámetro tumoral. Las intensidades de TB 0 y 1, así como 2 y 3 son grupos homogéneos respecto a la profundidad de invasión y la invasión perineural. No existe correlación entre el subtipo histológico y la profundidad de infiltración ($p = 0,9380$) o la invasión perineural ($p = 3816$). En el análisis multivariante de la profundidad (regresión múltiple), se identificaron como covariables significativas el diámetro ($p < 0,0001$), grado de inflamación ($p = 0,0010$, coeficiente negativo), invasión perineural ($P = 0,0010$) y TB ($P = 0,0457$). En el análisis multivariante de la invasión perineural (regresión logística), se identificaron como covariables significativas la profundidad ($p = 0,0175$, OR = 1,25 por mm) y el TB ($P = 0,0160$, OR = 3,47).

Conclusiones. El punto de corte ≥ 3 focos de TB (TB2 y TB3), tras estudio de todas las secciones del tumor es un buen biomarcador de riesgo de invasión profunda e invasión perineural y de fácil aplicación en la práctica diaria.

14. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE INTERVENIDO MEDIANTE CIRUGÍA DE MOHS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

M. Criado Otero^a, C. Lombardía González-de Lera^b, H. Perandones González^a, V. Onecha Vallejo^a, A. González Morán^c, A. de la Hera Magallanes^c y M.Á. Rodríguez Prieto^d

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Urología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. ^dComplejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes y objetivos. La cirugía de Mohs (CdM) es una técnica con altas tasas de curación que permite la conservación de la máxima cantidad de tejido sano. Se han publicado varias series de casos con carcinoma epidermoide (CEC) de pene tratados mediante CdM con buenos resultados. Presentamos un análisis descriptivo de los casos de CEC de pene tratados mediante CdM en un hospital de tercer nivel desde el año 2010 hasta la actualidad y revisamos la bibliografía existente.

Métodos. Mediante una búsqueda en la base de datos PatWin se obtuvieron los casos CEC localizado en el pene tratados con CdM. Posteriormente, se recogieron los datos de las variables en el programa JIMENA de gestión de historias clínicas.

Resultados. Con 23 casos y una edad media de 65 años, nuestra serie es una de las más extensas reportadas. En 18 de los casos, la CdM se indicó tras confirmar por biopsia la presencia de CEC in situ o invasivo. En otros 3 se indicó por persistencia tras exéresis convencional. En 2 casos no se había realizado biopsia previa por ser tumores muy sugestivos de CEC. En el 56,5% de los casos se trataba de CEC infiltrante. La localización clínica más frecuente de forma aislada fue el glande (47,8%) y en un 39% de los casos afectaba a la uretra microscópicamente. Se constató infección por VPH en el 21,7% de los casos. El tiempo de seguimiento medio es de 68 meses. Se produjo recidiva tumoral en cuatro casos. En el primero se produjo a los 72 meses, con éxitus como desenlace. En el segundo se produjo a los 82 meses y se realizó una segunda CdM con curación. En el tercero se produjo a los 13 meses, con reextirpación con cirugía convencional y curación. En el cuarto se produjo a los 57 meses y se realizó penectomía parcial con curación.

Conclusiones. La CdM es una intervención segura en el carcinoma epidermoide de pene. A pesar de esto, las tasas de recidiva observadas en nuestro centro son superiores a las reportadas en algunas series, si bien es cierto que en la nuestra el número de CEC invasivos es superior. También hay autores que relacionan la recidiva con la afectación uretral. En nuestra serie solo uno de los casos con recidiva tenía afectación uretral por el tumor inicial. La mayoría de las recidivas se resolvieron tras reextirpación. Creemos que son necesarios más estudios sobre los resultados de esta indicación de la CdM en el futuro.

15. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN EL CUERO CABELLUDO Y RIESGO DE RECIDIVA SEGÚN EL MARGEN HISTOLÓGICO PROFUNDO. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 10 CENTROS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES ENTRE 2016-2021

J. Verdaguer Faja^a, Á. Guerra Amor^b, C. Ferrándiz-Pulido^b, A. Toll^c, C. Abril Pérez^d, E. Masferrer^e, G. Deza^f, L. Leal^f, I. Martí Martí^g, V. Ruiz Salas^g, M. Yebenes^h, L. Marquès Martínⁱ, C. Baliu Piqué^j, A. Castany Pich^j, M.J. Fuente^a y A. Jaka^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona ^bHospital Universitario Vall d'Hebrón. ^cHospital Clínic. Barcelona. ^dHospital Universitario La Fe. Valencia. ^eHospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa. ^fHospital del Mar. ^gHospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^hHospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ⁱIAS-Hospital Provincial Santa Caterina. Girona. ^jHospital Universitari d'Igualada. Igualada. Barcelona. España.

Antecedentes. En las guías actuales no existen pautas de consenso acerca de la profundidad de escisión más indicada para el CEC ni los márgenes histológicos profundos (MP) considerados seguros en términos de recurrencia. Este debate adquiere especial relevancia en localizaciones como el cuero cabelludo (CC), donde una estructura y grosor anatómicos característicos limitan su extirpación profunda. Actualmente la evidencia al respecto en la literatura es escasa y limitada.

Objetivo. Evaluar si existen diferencias en la frecuencia y el tiempo hasta la recurrencia de los pacientes con CEC en CC según el grosor histológico del MP de la pieza quirúrgica: < 1 mm vs. ≥ 1 mm.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo multicéntrico, incluyendo los pacientes con CEC en CC diagnosticados e intervenidos mediante exéresis quirúrgica, entre 2016-2021, en los 10 centros hospitalarios participantes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y análisis de supervivencia por medio del modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustando por otras variables relacionadas con el pronóstico.

Resultados. Se incluyeron 517 CEC pertenecientes a 447 pacientes (398 varones y 49 mujeres) con una mediana de edad al diagnóstico de 85 años. Las localizaciones más frecuentes fueron la parietal (51%), frontoparietal (18%) y vértex (18%). El 51% de los tumores se clasificaron como T1 según la AJCC8, el 23% como T2 y el 26% como T3. La distancia final al MP fue ≥ 1 mm para 432 tumores (alcanzando tras la 1ª escisión en el 98% de los casos) y en 85 tumores se mantuvo una distancia al MP < 1 mm. Durante el seguimiento, se observó algún tipo de recurrencia en 42 tumores: 34 recidivas locales, 11 recidivas regionales, 14 metástasis ganglionares y 3 metástasis pulmonares. Un total de 11 pacientes fallecieron a causa del CEC. Un MP < 1 mm en la pieza quirúrgica se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de recurrencia, con un hazard ratio (HR) de 2,36 (IC 95%, 1,06-5,27, $p = 0,035$) para el MP y de 5,21 (IC 95%, 1,65-16,45, $p = 0,005$) para el margen periférico.

Conclusiones. El análisis de nuestros datos muestra un mayor riesgo de recidiva en los tumores extirpados con márgenes quirúrgicos estrechos (MP < 1 mm). La reintervención quirúrgica debería considerarse en estos casos, especialmente ante la presencia de otros factores de riesgo.

16. EXPERIENCIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE MOHS 2018-2023. ESTUDIO DE VIDA REAL EN 76 PACIENTES

F. Gruber Velasco, E. Vargas Laguna, N. Silvestre Torner, B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, K. Magaletskyy Kharachko, M.D. Fernández, J. Román Sainz y A. Imbernón Moya

Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

La cirugía de Mohs ha revolucionado la forma en la que abordamos el cáncer cutáneo, al proporcionar mejores tasas de recurrencia y preservación de tejido; en comparación con la cirugía convencional. Presentamos un estudio retrospectivo realizado en 76 pacientes intervenidos mediante cirugía de Mohs en nuestro centro, entre 2018-2023. Los objetivos principales del estudio fueron evaluar: la eficacia de esta técnica, los resultados funcionales obtenidos, las posibles complicaciones, así como la percepción subjetiva de los pacientes en relación con el acto quirúrgico y los resultados estéticos.

Este estudio se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas telefónicas a los participantes que habían sido sometidos a cirugía de Mohs en nuestro centro. Se recolectaron y analizaron los datos con Microsoft Excel. La edad media de los participantes del estudio fue 67 años (50% mujeres y 50% hombres). De las 76 intervenciones, se extirparon: 65 carcinomas basocelulares (85%), 7 carcinomas epidermoides (9%), 3 dermatofibrosarcoma protuberans (4%) y 1 lentigo maligno (1,3%). El 88% de las lesiones estaban localizadas en la cara, afectando el 40% a la región nasal. La media en el número de pases fue de 1,46. Se observó un mayor número de pases en zonas anatómicas como: mejilla (1,88) y el aparato ungueal (1,67) en comparación con el pabellón auricular (1,29) y la nariz (1,30). Después de analizar de forma definitiva los márgenes quirúrgicos en parafina, se detectaron cambios en la anatomía patológica en tres pacientes; sin observarse recurrencia en ninguno de ellos. El 30% de los pacientes presentaron complicaciones, destacando la necrosis como la más común y la parálisis como la más grave. El seguimiento medio de cada paciente fue de 1,93 años. Durante este período, se registraron tres recurrencias, todas ellas de carcinomas basocelulares. La valoración subjetiva global del acto quirúrgico de los pacientes fue de 8,94/10, mientras que la valoración subjetiva de las curas realizadas después de la cirugía fue de 8,77/10. Por otra parte, la percepción de los pacientes de los resultados de la funcionalidad fue de 8,87/10. En resumen, nuestro estudio respalda la eficacia de la cirugía de Mohs en cuanto a tasas de recurrencia, resultados funcionales y estéticos, siendo la opción preferente en el tratamiento de tumores cutáneos malignos en nuestro centro.

17. SERIE DE 11 CASOS DE CARCINOMA ESCAMOSO EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA EN LA REGIÓN SANITARIA DE CATALUÑA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

N. Riera-Martí^a, M. Yébenes Marsal^a, P. Garbayo-Salmons^a, G. Melé-Ninot^b, M.T. Fernández Figueras^c, E. Vilarrasa^d, R. Aguayo^e, G. Aparicio Español^f, G. Deza^g, M. Just-Sarobé^h, A. Toll Abellóⁱ y M. Sàbat

Dermatología. ^aCorporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell.

^bHospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud. ^cAnatomía Patológica. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès.

^dDermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

España. ^eHospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ^fHospital

Universitario Vall d'Hebrón. ^gHospital del Mar. ^hHospital

Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁱHospital Clínic. Barcelona.

España.

Antecedentes y objetivos. La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la formación de nódulos inflamatorios, abscesos y fístulas que afectan frecuentemente las regiones axilar, sacra, perineal y perianal. Las complicaciones más frecuentes de estas lesiones son la sobreinfección y las cicatrices. La asociación entre lesiones crónicas de HS y carcinoma escamoso (CE) es un fenómeno poco frecuente. El objetivo de este estudio es describir por primera vez los casos de CE en pacientes con HS en la región sanitaria de la comunidad autónoma de Cataluña y compararlos con la literatura publicada hasta el momento.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo en nueve centros hospitalarios de la región sanitaria de la comunidad autónoma de Cataluña. Se incluyeron un total de once pacientes con HS crónica que desarrollaron un CE secundario a esta. También realizamos una revisión de la literatura médica publicada hasta el momento.

Resultados. La mayoría de los casos de nuestra serie fueron hombres de mediana edad, fumadores, con una HS grave, de larga evolución y con afectación de predominio glúteo, sacro o perineal; la cual coincide con la literatura. Por otro lado, la mayoría de los casos fueron tratados con cirugía convencional en primera línea, requiriendo de terapia coadyuvante en algunos casos. La evolución clínica de los pacientes fue variable, aunque destaca una importante tasa de mortalidad.

Discusión y conclusiones. Según la literatura, la HS podría estar asociada con un mayor riesgo de padecer distintas neoplasias. Algunas de ellas, como el CE, representan un modelo típico de enfermedad proliferativa que se produce en un sitio con inflamación crónica. Sin embargo, la evidencia sobre el tema es escasa, basada mayoritariamente en casos, series de casos y tan solo dos revisiones, por lo que son necesarios más estudios para identificar los factores de riesgo y pronósticos asociados. En este sentido, y teniendo en cuenta la elevada tasa de mortalidad observada en nuestra serie, creemos que estaría justificado un seguimiento clínico estrecho y pruebas específicas para la detección CE en pacientes con HS, en particular en aquellos pacientes de mayor riesgo, como aquellos con una HS grave y de larga evolución.

18. CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA DE CUERO CABELLUDO CON INFILTRACIÓN PERICRANEAL Y/O CRANEAL. PROPUESTA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

L. Jiménez-Puñal^a, A. Fernández-Orland^a, M.Á. Cañizares^b, N. Eiris^a, J. Valencia^b, L. Ferrándiz^a y D. Moreno-Ramírez^a

^aUnidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. ^bUnidad de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La infiltración tumoral de la superficie ósea del cráneo representa un factor de alto riesgo de recidiva local e infiltración intracraneal en los pacientes con cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) del cuero cabelludo. Esta localización afecta con mayor frecuencia a pacientes de edad avanzada, lo que dificulta las opciones de tratamiento quirúrgico agresivo. El objetivo de este estudio es describir una serie de pacientes con CCNM localizado en el cuero cabelludo y con afectación del plano óseo, y proponer un algoritmo de toma de decisiones de tratamiento quirúrgico en cada una de las situaciones.

Material y método. Estudio observacional longitudinal de pacientes con CCNM con afectación pericraneal y/o craneal intervenidos en la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario Virgen Macarena durante un período de 2 años. En cada paciente de estudio se registró el tipo de tumor, localización, hallazgos radiológicos, patológicos, procedimiento de extirpación, procedimiento reconstructivo y resultado oncológico.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron un total de 7 pacientes, el 100% de ellos hombres, con una edad media de 79,1 años, y diagnóstico de carcinoma de células escamosas (n = 6, 85,7%) y dermatofibrosarcoma protuberans (n = 1, 14,3%). La totalidad de los pacientes fueron intervenidos mediante cirugía micrográfica diferida. El tratamiento de la infiltración craneal y pericraneal consistió en craniectomía completa (n = 3, 42,9%), laminectomía por fresado (n = 2, 28,6%) y fresado superficial (n = 2, 28,6%). La reconstrucción de partes blandas se llevó a cabo mediante colgajos de rotación (n = 5, 71,4%) e injertos de piel total sobre sustitutos dérmicos (Integra) (n = 2, 28,6%). Un paciente desarrolló

infección del implante de reconstrucción ósea. No se han identificado recidivas en los pacientes intervenidos.

Discusión. A partir de la experiencia quirúrgica en este escenario clínico, y la literatura disponible, se propone un algoritmo de toma de decisiones en cuanto al tratamiento de la infiltración ósea, así como para la reconstrucción de partes blandas del defecto.

19. SONIDEGIB Y VISMODEGIB EN CARCINOMA BASOCELULAR PERIOCLAR LOCALMENTE AVANZADO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Sáez Padilla^a, M. López-Pardo Rico^a, B. Chao Maseda^a, C. Cánovas Seva^a, N. Moreiras Arias^a, F. González García^b, J.M. Ábalo Lojo^b, H. Vázquez Veiga^a y D. Sánchez-Aguilar Rojas^a

Servicios de ^aDermatología y ^bOftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción y objetivos. El carcinoma basocelular (CBC) representa la neoplasia más frecuente del mundo. La primera línea de tratamiento está vertebrada por procedimientos tópicos, cirugía y radioterapia. En casos avanzados, existe una novedosa arma terapéutica, los inhibidores de la vía Hedgehog. Siendo el primer fármaco autorizado el vismodegib (2012) y más recientemente el sonidegib (2015).

En el presente trabajo describimos nuestra experiencia con sonidegib y vismodegib para CBC localmente avanzado en una localización compleja como es la región periocular.

Métodos. Presentamos una serie de 10 pacientes diagnosticados de CBC localmente avanzado periocular que, tras una decisión de un comité multidisciplinar, debido a la presencia de comorbilidades, se decide inicio de sonidegib y vismodegib. Se analizaron las variables edad, sexo, localización, tratamientos previos, dosis del fármaco, efectos adversos y respuesta clínica. Los pacientes fueron sometidos a seguimiento periódico con control analítico.

Resultados. Se incluyeron 7 mujeres y 3 varones con una media de edad de 86 años, diagnosticados de CBC avanzado periocular entre 2018 y 2023. Un total de 6 pacientes fueron tratados con sonidegib y 4 con vismodegib. La localización más frecuente fue el párpado inferior y canto interno ocular. En la mayoría de los casos los pacientes ya habían sido tratados previamente con cirugía. Los efectos adversos más frecuentes fueron la disgeusia, anorexia y calambres musculares. En total, se obtuvo una respuesta completa en 2 pacientes, una respuesta parcial en 5 pacientes y ausencia de respuesta y progresión tumoral en 3 pacientes.

Conclusiones. Aunque la cirugía es el "gold standard" para el tratamiento de CBC, la región periocular supone un territorio complejo por su difícil manejo quirúrgico y el compromiso funcional que supone su afectación. Actualmente, vismodegib y sonidegib son los dos únicos inhibidores de la vía Hedgehog aprobados con altas tasas de respuesta. No obstante, la experiencia en la región periocular es todavía limitada. Aportamos nuestra experiencia con sonidegib y vismodegib con esta serie de casos mostrando respuestas rápidas tras la introducción del fármaco y una aceptable tolerabilidad.

20. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LA DETECCIÓN DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO

O. Sanmartin, E. Nagore, C. Requena, C. Serra, E. Manrique y B. Llombart

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

21. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE CARA Y CUERO CABELLUDO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS E IMPLICACIÓN TERAPÉUTICA

A. Bota Llorca^a, B. Llombart Cussac^b, C. Serra Guillén^b, E. Nagore Enguñadanos^b, V. Traves Zapata^b, C. Requena Caballero^b, E. Manrique Silva^b, F. Mayo Martínez^b y O. Sanmartín Jiménez^b

^aEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Instituto Valenciano de Oncología. ^bInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo poco frecuente caracterizado por la agresividad local, la alta tasa de recidivas. A nivel histológico suele afectar a la dermis y al tejido celular subcutáneo. Clásicamente se ha considerado que los DFSP localizados en la cabeza requieren cirugías más complejas y presentan una mayor tendencia a la recidiva local respecto a los DFSP localizados en el resto del cuerpo. El tratamiento de elección para este tumor es la cirugía de Mohs en diferido.

Objetivo. Comparar las características clínico-patológicas del dermatofibrosarcoma protuberans localizado en cabeza (cara y cuero cabelludo) respecto al resto de localizaciones, así como su implicación en el tratamiento quirúrgico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de 235 dermatofibrosarcoma protuberans tratados en nuestro centro entre 2006 y 2023.

Resultados. Se obtuvieron 235 casos con estudio histopatológico valorable. De ellos, 32 (13,6%) estaban localizados en cara y cuero cabelludo, y 203 (86,4%) en el resto del cuerpo. Histológicamente, un 71,9% de los DFSP de cara y cuero cabelludo eran subcutáneos puros sin afectación en dermis, frente a un 7,4% de los DFSP de otras localizaciones ($p < 0,001$). Un 71% de DFSP en cara y cuero cabelludo requirieron dos o más estadios de cirugía de Mohs, frente al 35,8% del resto de localizaciones ($p = 0,02$). El 81,3% de los DFSP de cabeza infiltraban hasta el músculo o periostio, mientras que solo el 18,7% del resto de localizaciones alcanzaba el músculo o el periostio ($p < 0,001$). De los DFSP localizados en cara (infraciliar), un 90% infiltraba el músculo y ninguno infiltraba el periostio. Los DFSP de cuero cabelludo y frente afectaban el periostio en un 50%. Ningún DFSP presentó infiltración del hueso. La media de tiempo de seguimiento fue de 79,8 meses. Los DFSP de cara y cuero cabelludo presentaron un 9,4% de recidivas, frente al 1,5% de las demás localizaciones.

Conclusiones. Los DFSP localizados en la cabeza son predominantemente subcutáneos y con tendencia a infiltrar músculo y/o periostio, y ello conlleva cirugías más complejas con mayor número de estadios de cirugía de Mohs. Por ello, recomendamos la extirpación hasta músculo en el primer estadio de cirugía de Mohs en los DFSP localizados en cara (infraciliar), y hasta periostio en los DFSP de cuero cabelludo y frente.

22. ESTUDIO DEL MELANOMA CON METÁSTASIS GANGLIONAR DE PRIMARIO DESCONOCIDO

E. Nagore, E. Manrique, C. Requena y V. Traves

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. El 3% de los melanomas tienen un tumor primario desconocido (MPD). Se define como la presencia de un melanoma en el tejido subcutáneo, ganglios linfáticos o en algún órgano sin una lesión primaria en la piel, los ojos o las mucosas. De estos, los ganglios linfáticos son los más frecuentes. Estos casos se denominan MUP ganglionar y su origen no está completamente claro. El objetivo de este estudio fue el de identificar y caracterizar a los pacientes que presentan como primera manifestación de la enfermedad un melanoma primario desconocido con una única metástasis ganglionar.

Material y método. Se diseñó un estudio observacional retrospectivo de casos-casos a partir de los datos de la base de datos de

melanoma del Instituto Valenciano de Oncología, seleccionando los pacientes que presentaron una sola adenopatía metastásica como primera manifestación extracutánea de la enfermedad. Se definieron dos grupos, uno sin primario conocido (MPD) formado por 15 pacientes, y otro en los que había un melanoma primario conocido (MPC), constituido por 39 pacientes. Se estimó la supervivencia específica por melanoma para ambos grupos con el método de Kaplan-Meier y se comparó con la prueba de los rangos logarítmicos. Se construyeron modelos uni- y multivariados ajustados para las variables independientes mediante el método de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados. Tras una mediana de seguimiento de 12 años, la supervivencia estimada a los 5 años de seguimiento fue estadísticamente mayor en el grupo de pacientes con MPD (92,3%) que en el grupo de pacientes con MPC (65,2%) ($p = 0,042$).

Conclusión. Los pacientes con melanoma ganglionar de primario desconocido tienen mayor supervivencia que aquellos con metástasis ganglionar de primario conocido, lo que sugiere la desaparición del melanoma primario marcada por una mejor respuesta inmunitaria frente a las células de melanoma.

Oncología II

23. MANEJO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES EN MELANOMA

I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo, J.F. Millán Cayetano, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón y M. Linares Barrios

Dermatología MQ y V. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. El manejo del paciente con melanoma metastásico es complejo y en muchas ocasiones la localización de las metástasis conlleva un ajuste terapéutico específico de la zona, en especial en la afectación cerebral. Nuestro objetivo es dar a conocer el manejo basado en las últimas guías del paciente con metástasis cerebral de melanoma en una unidad de dermatología.

Métodos. Se han seleccionado los casos diagnosticados de metástasis cerebral de melanoma en seguimiento y tratamiento en nuestra unidad durante marzo de 2019 - agosto de 2023 y hemos realizado un estudio observacional descriptivo de 5 casos.

Resultados. Durante este período de seguimiento han recibido tratamiento en nuestra unidad un total de 5 pacientes con melanoma y metástasis cerebral cuyas características sociodemográficas y clínicas se detallan en la tabla 1. La edad media fue de 68,6 años predominando el sexo masculino (80%). El 60% de los pacientes presentaron metástasis cerebrales sin asociar en otras localizaciones. Todos los pacientes estaban diagnosticados de melanomas mayores de T3 (> 2mm de Breslow) y el 60% expresó positividad para la mutación BRAFV600. La LDH se mostró elevada en el 80% de los casos. Solo un paciente mostró respuesta completa y mantenida. Una paciente requirió uso compasivo de bevacizumab por edema cerebral corticorresistente tras radiocirugía.

Conclusiones. El manejo de la metástasis cerebral sigue siendo un reto diagnóstico-terapéutico, ya que en un elevado número de pacientes se diagnostica por debut clínico en lugar de por pruebas de imagen durante el seguimiento. Es en su diagnóstico precoz donde radica la ventana de oportunidad terapéutica para la consecución de los resultados más óptimos posibles. El manejo de la toxicidad y efectos secundarios al tratamiento es de igual o mayor importancia que el tratamiento en sí por la función inherente a este órgano. La elaboración de un protocolo de abordaje es fundamental para facilitar el manejo de estos pacientes. Presentamos 5 casos tratados en una unidad de dermatología.

24. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL VARIANTE SUBCUTÁNEA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Alegre Bailo, M. Gutiérrez Pascual, J.J. Mateos Rico, N.M. Román Mendoza, A. Sánchez Gillo, L. Ascanio Armada, L. Luna Bastante y F.J. Vicente Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia maligna infrecuente. Se trata de un carcinoma neuroendocrino cutáneo primario. Clínicamente se suele presentar en forma de nódulo o tumor solitario eritemato-violáceo. Histológicamente, se compone de células redondas pequeñas basófilas CK20 y TTF1 +. Las células de Merkel se encuentran en la capa basal de la epidermis, por lo que

habitualmente las lesiones presentan expresión epidérmica clínica y/o histológicamente. Presentamos dos casos de CCM con presentación subcutánea sin conexión epidérmica.

Caso 1: varón de 55 años que presentaba una tumoración en brazo izquierdo de 1 año de evolución. La biopsia incisional fue informada como metástasis de carcinoma neuroendocrino, aunque el PET-TAC posterior no evidenció neoplasia maligna a distancia. Se realizó exéresis en bloque, cierre por planos y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC). El resultado histológico fue congruente con CCM poliomavirus + y la BSGC fue negativa. Se realizó posteriormente radioterapia (RT) del lecho quirúrgico.

Caso 2: varón de 77 años que presentaba una lesión nódulo-quística dolorosa en glúteo izquierdo desde hacía 4 años. Ecográficamente se trataba de una lesión quística con importante vascularización periférica en señal Doppler. Tras la exéresis, el diagnóstico histológico fue de CCM poliomavirus +. Posteriormente, se realizó ampliación de márgenes, BSGC que resultó negativa y RT del lecho quirúrgico.

Discusión. El CCM subcutáneo es una variante clínica infrecuente. Se presenta como una tumoración profunda sin componente epidérmico clínico y sin conexión con epidermis en la histología. El diagnóstico diferencial clínico incluye los sarcomas de partes blandas. El diagnóstico diferencial histológico se realiza con las metástasis de carcinoma microcítico de pulmón, el melanoma y las metástasis de otros carcinomas neuroendocrinos viscerales. Solo hay descritos 15 casos en la literatura. Es más frecuente en mujeres y tiene mal pronóstico, aunque no es posible establecer si presenta mayor gravedad que la forma clásica debido al escaso número de pacientes. El tratamiento propuesto es el mismo que el de la forma clásica.

25. SARCOMA DE EWING EN DERMATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

C.M. Martorell Moreau^a, I. Gracia Darder^a, A. Lull Ramos^a, E. Vanrell Büse^a, L. Moreno Hernández^a, E. Casas de la Asunción^b y E. Prados Pérez^c

Servicio de Dermatología. ^aHospital Son Espases. Palma de Mallorca. ^bHospital de Inca. Inca. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Introducción. El sarcoma de Ewing cutáneo representa una variante infrecuente del sarcoma de Ewing, con alrededor de 100 casos documentados en la literatura. Aunque comparte características histológicas con la forma ósea, suele diagnosticarse más tempranamente y en muchas ocasiones, carece de los factores pronósticos adversos clásicamente descritos.

Caso clínico. Una paciente mujer de 89 años consultó por una tumoración de crecimiento lento, color violáceo, asintomática, localizada en la cara anterior del hombro derecho, de dos años de evolución. La paciente negaba pérdida de peso y síntomas sistémicos. En el examen físico se evidenció un nódulo violáceo, de

consistencia blanda, de 5 cm, no doloroso a la palpación. Con la dermatoscopia se observaron telangiectasias gruesas y finas ramificadas sobre un fondo blanco-grisáceo, junto con líneas blancas brillantes y áreas rojas. La ecografía cutánea mostró una lesión hipoeoica, de contenido homogéneo con tractos hiperecogéneos hacia el interior, bien delimitada en dermis y tejido celular subcutáneo que no invadía la fascia ni el plano muscular. Se observó captación doppler solo en la periferia de la lesión. La biopsia cutánea mostró infiltración dérmica e hipodérmica por una proliferación de células redondas pequeñas. La inmunohistoquímica mostró positividad para CD99, NKX2.2, sinaptofisina y FL1-1; mientras que era negativa para marcadores epiteliales, melánicos, hematológicos y musculares. El análisis FISH detectó una translocación en 22q12 en un 25% de las células. Se estableció el diagnóstico de sarcoma de Ewing primario cutáneo. Actualmente, la paciente se encuentra en espera de la resección completa de la lesión, y se considera la posibilidad de utilizar radioterapia y quimioterapia adyuvante posterior a la misma.

Discusión. Diversas publicaciones enfatizan en la evolución más benigna del sarcoma de Ewing cutáneo, tanto en recurrencia local como en metástasis a distancia y supervivencia global. A pesar de esto, el manejo del sarcoma de Ewing cutáneo, al igual que su contraparte ósea, incluye quimioterapia intensiva, resección quirúrgica completa con márgenes adecuados y ocasionalmente, radioterapia adyuvante en casos de sospecha de enfermedad residual. Sin embargo, algunos autores han propuesto que ciertos casos seleccionados sin enfermedad metastásica demostrada se podrían tratar exclusivamente mediante cirugía.

26. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN DIFERIDO EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: UNA SERIE DE 51 CASOS

J.M. Camino Salvador^a, A. Martínez Fernández^a, I. Zapata Martínez^a, R. Cabana Navia^a, J. Martínez Mariscal^a, V. Herrera Montoro^b, P. González Muñoz^a, E. Jiménez Blázquez^a, A. Martín Fuentes^a, J. Cuevas Santos^b y E. de Eusebio Murillo^a

Servicios de ^aDermatología y Venereología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Antecedentes. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo de bajo grado con crecimiento infiltrativo y agresividad local. Debido a su alto índice de recurrencia local, la escisión completa del tumor es el objetivo terapéutico principal. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) permite el examen histológico de los márgenes tumorales al mismo tiempo que maximiza el ahorro de tejido. Su variante en diferido, slow o paraffin Mohs, se ha propuesto como la técnica de elección en el DFSP.

Métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con DFSP confirmados histológicamente y tratados con CMM en diferido en nuestro servicio desde enero de 2002 hasta diciembre de 2022. Se evaluaron la edad, el sexo, la localización, el tamaño tumoral, el número de estadios de CMM necesarios para conseguir márgenes quirúrgicos negativos, la técnica reconstructiva empleada y la recurrencia o intervalo libre de enfermedad.

Resultados. Se incluyeron 51 casos de DFSP, 44 tumores primarios y 7 persistencias tumorales tras escisiones previamente incompletas. La media de seguimiento fue de 63,24 meses (rango intercuartílico, [p25 = 36; p75 = 52,5]) con un seguimiento medio de 268,75 pacientes-año. Treinta sujetos eran mujeres (58,8%) y la edad media de presentación fue de 44 ± 11,98 años. El tronco y los miembros superiores fueron las localizaciones más frecuentes (54,9% y 19,6%, respectivamente) y el tamaño tumoral fue mayor de 40 milímetros (mm) en el 27,5% de los casos. Tras un primer estadio de CMM con un margen de 2 cm, en un 37,3% se necesitaron dos o más estadios para alcanzar márgenes libres. Este subgrupo precisó de colgajos para el cierre del defecto y tres pacientes requirieron reconstruc-

ción mediante colgajos libres. No se detectaron recurrencias locales o a distancia durante el seguimiento en ninguno de los casos.

Conclusiones. Nuestros resultados respaldan la efectividad y seguridad de la CMM en diferido en el tratamiento de los pacientes con DFSP. Un porcentaje significativo de pacientes mostraron un tamaño tumoral mayor de 4 mm, precisaron dos o más estadios y/o necesitaron de colgajos o reconstrucciones complejas para el cierre del defecto. Estos datos subrayan la importancia de la precisión en la extirpación del DFSP para asegurar el margen quirúrgico adecuado y preservar el tejido sano.

27. VALOR PRONÓSTICO DE LAS MOLÉCULAS DEL MICROAMBIENTE TUMORAL EN LA RESPUESTA A LA INMUNOTERAPIA EN MELANOMA AVANZADO

L. Parra Navarro^a, A. Calon^b, M. Iglesias Coma^c, E. Andrades López^d, A. Sallent Aragay^b, C. Solé Blanch^e, J. Vidal Barrull^f, S. España Fernández^g, A. Martínez Cardús^e, R.M. Pujol Vallverdú^h y S. Segura Tigell^a

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar. ^bInvestigación Traslacional en Microambiente Tumoral. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). ^cServicio de Patología. Hospital del Mar. ^dEnfermedades Inflamatorias y Neoplásicas Dermatológicas. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). ^eB-ARGO - IGTP. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ^fServicio de Oncología. Hospital del Mar. ^gServicio de Oncología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La desregulación de la vía de señalización del TGFβ en el microambiente tumoral del melanoma es crucial para su progresión al suprimir la inmunidad antitumoral y promover la fibrosis, la transición epitelio-mesénquima y la angiogénesis. Recientemente se ha descrito una firma transcriptómica inducida por TGFβ en los fibroblastos en distintos tipos de cánceres que podría predecir el fracaso de inmunoterapia con inhibidores de PD1. Caldesmon (CALD1) es un marcador de activación de la vía de TGFβ cuya expresión inmunohistoquímica (IHQ) puede ser valorada en muestras incluidas en parafina de melanoma, asociándose en nuestra experiencia a un aumento de la mortalidad global. El objetivo del presente estudio es estudiar si la expresión de CALD1 en pacientes con melanoma avanzado se asocia a distinta respuesta a la inmunoterapia.

Métodos. Estudio bicéntrico, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes con melanoma cutáneo estadios IIIC/IIID/IV resecados y estadio IV no resecable tratados con inmunoterapia (anti-PD-1 +/- anti-CTLA-4) con distinta respuesta terapéutica (respuesta parcial o total vs. no respuesta) durante el periodo 2017-2021. Se practicó una valoración IHQ de la expresión de CALD1 en muestras parafinadas del tumor y/o de sus metástasis previamente al inicio de la inmunoterapia. Se calculó el Histscore (H-score) teniendo en cuenta la intensidad de tinción y el % de células estromales CALD1 positivas (0-300). La media de H-score y el tiempo libre de recaída en función del marcaje de CALD1 se comparó entre los dos grupos de respuesta mediante regresión de Cox univariante, calculando un punto de corte óptimo de expresión de CALD1.

Resultados. Se incluyeron 28 muestras de melanoma de 28 pacientes. Quince pacientes fueron considerados respondedores a la inmunoterapia y 13 no respondedores. La media de H-score de CALD1 en el grupo de no respondedores fue significativamente superior al grupo de respondedores: 220 (DS 43.9) vs. 185 (33.8), HR 0.98 [0.96;1.00], p = 0.044. La supervivencia libre de recaída fue menor en pacientes con H-score > 230 (HR 2.99 [1.07;8.38], p = 0.037).

Conclusiones. Los pacientes con melanomas con una mayor expresión de CALD1 presentan unas tasas de respuesta a la inmunoterapia inferiores y un menor tiempo libre de recaída. CALD1 podría postularse como un biomarcador de respuesta a la inmunoterapia anti-PD1.

28. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS ENTRE LOS DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS DE LOCALIZACIONES ANATÓMICAS COMPLEJAS Y AQUELLOS EN OTRAS ÁREAS

C. Tubau Prims^a, L. Serra García^a, R. Aguayo Ortiz^b, R. Albero González^c, D. Bodet Castillo^d, V. Cabezas Calderón^d, G. Deza Vargas^e, C. Ferrándiz Pulido^d, A. Jaka Moreno^f, L. Leal Canosa^e, M. Mansilla Polo^g, L. Marquès Martín^h, S. Podlipnik^a, M. Quintana Codinaⁱ, V. Ruiz Salas^j, M. Yébenes Marsal^k y Agustí Toll Abelló^a

Dermatología. ^aHospital Clínic. Barcelona ^bHospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ^cAnatomía Patológica. Hospital Clínic. Dermatología. ^dHospital Universitario Vall d'Hebrón. ^eHospital del Mar. ^fHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^gHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ^hClínica Sant Jordi. Girona. ⁱHospital Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud. ^jHospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^kCorporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo localmente agresivo que suele localizarse en tronco y extremidades, pero también puede afectar áreas anatómicamente complejas cercanas a estructuras nobles, con movilidad limitada de la piel, proximidad al hueso y/o riesgo de consecuencias cosméticas o funcionales graves tras la extirpación. Nuestro objetivo es comparar las características clínico-patológicas y quirúrgicas de los DFSP en estas localizaciones con aquellos ubicados en zonas anatómicas no complejas.

Métodos. Estudio multicéntrico retrospectivo (2008-2023) incluyendo DFSP confirmados histológicamente de hospitales de Cataluña y Valencia. Se han recopilado datos clínicos, histológicos, radiológicos, modalidades quirúrgicas, tratamientos farmacológicos y seguimiento, para llevar a cabo un análisis comparativo entre los DFSP en localizaciones anatómicamente complejas (cabeza y cuello, clavícula, áreas acrales, grandes pliegues y genitales) y los ubicados en otras áreas.

Resultados. Se han incluido 183 DFSP, de los cuales 51 (27,9%) se situaban en áreas anatómicamente complejas (14 en cuero cabelludo; 6 faciales; 5 cervicales; 9 claviculares; 11 inguinales; 1 genital; y 5 en pies). Se realizó cirugía micrográfica de Mohs (CMM) en diferido en el 57,1% de los DFSP en áreas no complejas y en el 64,7% de los DFSP en localizaciones complejas, siendo esta diferencia no significativa estadísticamente (p -valor = 0,353). En el 55% de las cirugías de DFSP en localizaciones complejas participaron otras especialidades (cirujanos plásticos, traumatólogos, maxilofaciales, ginecólogos, cirujanos generales, u oftalmólogos), mientras que estos solo participaron en el 35,3% de las cirugías de DFSP en áreas no complejas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p -valor = 0,006).

Conclusiones. En nuestra cohorte en curso, aproximadamente el 30% de los DFSP se localizaron en áreas anatómicamente complejas y su cirugía involucró más frecuentemente otras especialidades respecto a la de los ubicados en otras zonas anatómicas. La CMM en diferido fue la técnica quirúrgica más utilizada en global (58,3%), sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Los resultados de este estudio serán de ayuda para mejorar la planificación quirúrgica y el seguimiento de estos pacientes.

29. TRASPLANTE RENAL Y CARCINOMA DE MERKEL LOCALMENTE AVANZADO: ¿ES LA INMUNOTERAPIA UNA OPCIÓN VIABLE? A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Labrandero Hoyos^a, R. Peñuelas Leal^a, A. Grau Echevarría^a, M. Finello^a, D. Blaya Imbernón^a, Á. Martínez Doménech^a, A. Martínez Aparicio^a, A. Berrocal Jaime^b y G.M. Pérez Pastor^a

Servicios de ^aDermatología y ^bOncología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia agresiva con un pronóstico desfavorable que afecta en mayor medida a la población inmunosuprimida, como los pacientes trasplantados. En los últimos años, se ha aprobado el uso de avelumab (anti-PD-L1) para el tratamiento del CCM metastásico o inoperable, un escenario común en este tipo de neoplasia. No obstante, la introducción de inmunoterapia (IT) se ha asociado con un mayor riesgo de rechazo del órgano en pacientes trasplantados (de hasta el 30%), lo que plantea un desafío terapéutico. Presentamos un varón de 60 años que recibió un trasplante renal hace 10 años y que tenía antecedentes de múltiples neoplasias cutáneas no melanoma. Desarrolló una tumoración en la zona parotídea, que fue extirpada con el diagnóstico de CCM. Se realizó un TC sin enfermedad a distancia. Tras radioterapia inicial, comenzaron a aparecer múltiples recidivas en un corto período de tiempo, involucrando el nervio facial. En el comité de tumores cutáneos se decidió iniciar avelumab. Para manejar la menor eficacia del fármaco en estos pacientes y el riesgo de rechazo, se redujo la dosis de tacrolimus y prednisona; para predecir el rechazo del órgano, además de evaluar la función renal se monitorizó el ADN circulante del donante en la sangre del paciente. Durante las primeras 9 semanas (s) de tratamiento, siguieron apareciendo nuevas lesiones. En las 10s y 11s se observó una estabilización de las lesiones, seguida de una regresión que resultó en una respuesta clínica y radiológica completa. Actualmente, a las 36s de seguimiento, la respuesta se mantiene. En términos nefrológicos, el paciente presenta una proteinuria leve con niveles de creatinina normales y una mínima elevación del ADN circulante del donante.

Conclusión. El tratamiento con avelumab demostró ser eficaz para el tratamiento del CCM avanzado en un paciente trasplantado, logrando una respuesta completa que se mantuvo a las 36s de seguimiento. Los pacientes trasplantados representan un desafío terapéutico, ya que han sido poco estudiados en ensayos clínicos. La reducción del tratamiento inmunosupresor es fundamental para mejorar la efectividad de la IT. La determinación del ADN circulante del donante en pacientes trasplantados resulta muy útil para predecir el rechazo del órgano, y puede anticiparse hasta dos semanas antes de que aparezcan cambios en los niveles de creatinina.

30. SARCOMA DÉRMICO PLEOMÓRFICO LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON PEMBROLIZUMAB

A.J. Durán-Romero, I. Villegas-Romero, R.P. Román-Cheuque, J.F. Millán-Cayetano, D. Jiménez-Gallo y M.D. Linares-Barrios

UGC de Dermatología MQ y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes. El sarcoma dérmico pleomórfico (SDP) es un raro tumor cutáneo de origen mesenquimal. Afecta a ancianos con intenso daño actínico, tiene tendencia a recidivar localmente y puede metastatizar a distancia (10-20%). La cirugía es el tratamiento de elección en tumores localizados, mientras el manejo de los casos localmente avanzados y metastásicos es controvertido. Exponemos un caso de SDP avanzado tratado con inmunoterapia anti-PD1. **Caso clínico.** Una mujer de 80 años consultó por un tumor de rápido crecimiento submandibular derecho de 4,5 cm. Un mes antes refería la exéresis de un tumor en la misma zona. La histología de la lesión previa mostró: un tumor subcutáneo de células fusiformes con invasión perineural; inmunohistoquímica positiva para CD10, CD99, FLI-1 y CD68; negativa para actina, caldesmina, desmina, S100 y SOX10; Ki67 del 85%; expresión de PD-L1 en células tumorales (TPS: tumor proportion score) del 20%; y márgenes libres de tumor. Un body-TC no mostró metástasis a distancia. Se realizó cirugía de Mohs diferida y, una vez confirmado el margen libre, en el momento de la cirugía reparadora, se observó recidiva en el margen adyacente que se extirpó con márgenes amplios,

reconstruyéndose el defecto quirúrgico en el mismo acto. A las 2 semanas se observó una tercera recidiva local en forma de masa pétreo de 4 cm en profundidad, adherida, que se consideró irrecusable. Se inició pembrolizumab a 2mg/kg/3 semanas como uso compasivo, obteniéndose rápida respuesta con desaparición clínica del tumor en la primera semana postratamiento que se confirmó en consulta a las 3 semanas (figura1), manteniendo respuesta clínica y radiológica 2 meses después, sin efectos adversos reseñables.

Discusión. El tratamiento del SDP avanzado y metastásico se ha basado en quimioterápicos con pobre respuesta, como la doxorubicina y la ifosfamida, usados en otros sarcomas. Se han descrito casos con excelente respuesta a anti-PD1. Esta respuesta puede deberse a la gran inmunogenicidad del SDP, con alto número de linfocitos CD8+ intratumorales, elevada carga tumoral mutacional y elevada expresión de PD-L1 y LAG-3, marcadores de buena respuesta a inmunoterapia. Dada la ausencia de consenso en el tratamiento del SDP avanzado, la buena tolerancia y eficacia de la inmunoterapia, planteamos la utilidad de la misma como tratamiento de primera línea en estos tumores.

31. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS CON PROCESAMIENTO EN CONGELACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: NUESTRA EXPERIENCIA

S. Martínez Fernández^a, B. González Sixto^a, C. Feal Cortizas^a, C. Álvarez^b, N. Escudero^b, M.T. Abalde^a, M. Oro Ayude^a, R. Gutiérrez Meré^a, G. López González^a y Á. Flórez Menéndez^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés - Grupo de Investigación DIPO. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. Pontevedra. ^bGrupo de Investigación DIPO. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO - Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés. Pontevedra. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia del tejido conectivo localmente agresiva, cuyo tratamiento de elección radica en su exéresis completa con márgenes libres. Para reducir el riesgo de recurrencias y minimizar la extirpación de tejido sano la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) se considera de elección frente a la exéresis con márgenes amplios. Aunque el procesado en congelación puede dificultar la interpretación histológica, no ha demostrado inferioridad con respecto al procesado en parafina (Mohs diferido) en la reducción de recurrencias. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del DFSP mediante CMM en congelación incluyendo aquellos casos con un seguimiento igual o mayor a 5 años.

Métodos. Estudio observacional descriptivo, llevado a cabo en nuestro centro (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra). Se incluyeron los pacientes con DFSP sometidos a CMM en congelación y seguimiento superior a 5 años. Se registraron variables demográficas, relacionadas con el tumor, datos perioperatorios y resultados clínicos.

Resultados. Se recogieron datos de 17 pacientes (82% mujeres, mediana de edad 43 años) operados entre el 2014 y 2018. La localización más frecuente fue la espalda (29%), seguida de las extremidades superiores (18%), extremidades inferiores (18%) y cara anterior del tórax (18%), con solo 2 casos en abdomen y 1 en glúteo. El 53% de los DFSP eran primarios, un 35% persistencias tras cirugías previas, y 12% recurrencias. En el 82% de los casos se realizó debulking. El 35% precisó 1 pase para conseguir aclaramiento histológico, el 53% 2 pases y el 12% 3 pases. La mediana del tamaño inicial previo a la CMM fue 7,7cm² (5-18,8) y del tamaño del defec-

to postquirúrgico de 20,9 cm² (17,6-29,5). El 12% precisó reconstrucción mediante colgajo, siendo los restantes por cierre directo. No se registró ninguna complicación postquirúrgica. La mediana del tiempo de seguimiento tras CMM fue de 82 meses (74,5-88,5). No se observó ninguna recurrencia.

Conclusiones. En nuestra experiencia la CMM con procesamiento mediante congelación es una técnica efectiva y segura, sin recurrencias registradas a los 5 años de seguimiento. Como ventaja principal de esta técnica destaca la posibilidad de cerrar el defecto quirúrgico en el mismo día, reduciendo el tiempo quirúrgico y con ello la morbilidad del procedimiento.

Pósteres

Póster cirugía

P1. RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE COLUMELA CON COLGAJO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PERIALAR

O. Al-Wattar Ceballos, L. Martínez Montalvo, M. Montero García, M. Gómez Manzanares, M. del Prado Sánchez Caminero, M. Carmona Rodríguez y G. Romero Aguilera

Dermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Antecedentes y objetivos. En cirugía dermatológica, la zona facial se subdivide en unidades anatómicas para optimizar los resultados funcionales y estéticos. Según cada unidad anatómica, distintos tipos de reconstrucción pueden escogerse. Dentro de cada unidad puede haber diferencias según las subunidades que componen la misma. Particularmente, la columela nasal es una de las subunidades nasales más complejas de reconstruir. El objetivo de esta comunicación es mostrar una reconstrucción compleja de la columela mediante un colgajo de pedículo subcutáneo perialar.

Métodos. Caso clínico. De reconstrucción quirúrgica de columela tras cirugía de Mohs utilizando un colgajo de pedículo subcutáneo perialar.

Resultados. Presentamos un caso de una mujer de 74 años intervenida mediante cirugía de Mohs por carcinoma basocelular en surco nasogeniano derecho que se extendía hasta nariz derecha y columela. Precisó tres pases para conseguir márgenes libres. El defecto final implicaba distintas unidades anatómicas: ala nasal derecha, columela y zona lateral derecha de labio superior. La reconstrucción se realizó mediante una plastia compleja que incluía desinsertar ala nasal derecha y volver a reinsertarla para moldear e imitar su forma original, colgajo en isla de pedículo subcutáneo del surco nasogeniano derecho para el labio hasta la nariz derecha, y un colgajo en isla perialar izquierdo con rotación del mismo para cubrir la columela. Salvo diferencias estéticas por la utilización de piel procedente de otra unidad anatómica, el resultado final estético y funcional fue satisfactorio sin otras complicaciones.

Conclusiones. El colgajo de pedículo subcutáneo perialar es una alternativa reconstructiva de la columela que incluye una buena perfusión asociado a gran movilidad. Permite la reconstrucción con mínimo compromiso de la arquitectura facial. El riesgo de hemorragia, infección o necrosis del colgajo es bajo. Al ser un colgajo procedente de otra subunidad anatómica puede haber cierta diferencia en cuanto a las características de la piel donante respecto a la original extirpada, siendo este problema solo estético, y no funcional. En definitiva, si se diseñan y ejecutan adecua-

damente, este colgajo ofrece una reconstrucción fiable de la columela en situaciones donde las alternativas introducirían una distorsión anatómica inaceptable.

P2. EXPERIENCIA DEL SPIDER CRAB FLAP EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS DEL CUERO CABELLUDO

J.J. Mateos Rico^a, A. Alegre Bailo^a, M. Gutiérrez Pascual^a, A. Sánchez Gilo^a, N.M. Román Mendoza^a y F.J. Vicente Martín^a

Servicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. España.

Introducción. Los defectos del cuero cabelludo suponen un reto quirúrgico debido a la poca distensibilidad de la piel. Russo et al. describieron en el año 2022 un nuevo colgajo denominado “spider crab flap” para defectos triangulares del cuero cabelludo.

Casos clínicos. Presentamos una serie de cuatro casos en los que se realizó un “spider crab flap” o “colgajo cangrejo” para corrección de defectos quirúrgicos del cuero cabelludo.

Discusión. Este colgajo consiste en una doble transposición que finaliza con un cierre en forma de W. El diseño permite adaptarlo a distintas zonas anatómicas. Origina una menor tensión cutánea y presenta un aceptable resultado estético.

Conclusión. El spider crab flap ha demostrado ser una opción para el cierre de defectos triangulares del cuero cabelludo. En nuestros casos no se han presentado complicaciones.

P3. PLASTIA BILOBULADA COMO RECONSTRUCCIÓN PARA DEFECTO DE GRAN TAMAÑO EN ÁREA MALAR

M.D. Pegalajar García^a, A. Gil Villalba^a, M. Cebolla Verdugo^a, C. Llamas Segura^a, J.J. Vega Castillo^a y F.M. Almazán Fernández^a

Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Caso clínico. Mujer de 88 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y osteoporosis en tratamiento con metformina, valsartán, simvastatina, pregabalina y denosumab, que fue intervenida de lentigo maligno melanoma en mejilla izquierda mediante la técnica de Mohs diferido modificada con técnica espagueti. Tras la resección del tumor presentaba un defecto cutáneo ovalado en región malar suborbitaria de aproximadamente 5 x 6 cm. Se diseñó una plastia bilobulada empleando el área lateral malar restante como primer lóbulo, y piel retroauricular como segundo lóbulo, generando un defecto retroauricular que cerró con sutura simple, sin complicaciones durante la intervención. En la revisión semanal para la retirada de puntos la paciente presentaba necrosis de la región superior del lóbulo más lateral, sin efecto trampilla ni infección de la herida. No presentaba ectropión ni movilización de estructuras faciales, siendo el resultado cosmético satisfactorio. **Discusión.** Los colgajos son la técnica reconstructiva de elección en defectos del área malar medial de gran tamaño. Los injertos no aseguran la textura y color requeridos en dicha localización, y su posible contracción puede generar ectropión o movilización de estructuras adyacentes como la comisura bucal o el ala nasal. La tensión es el principal inconveniente de algunos colgajos de elección como Mustardé, Limberg, nasolabial o cervicofacial. El Reading man o técnicas que combinan colgajos en isla o medio-frontal junto al deslizamiento malar reducen dicha tensión, pero generan grandes cicatrices malares o implican unidades anatómicas adicionales. El colgajo bilobulado que proponemos permitiría reconstruir defectos de gran tamaño reduciendo la tensión producida al ser los vectores de tensión horizontales, quedando las cicatrices ocultas en las líneas de expresión faciales y pabellón auricular. Podría estar indicada en pacientes de edad avanzada con laxitud

facial en las cuales el cierre del defecto retroauricular no implique el uso de injertos adicionales.

P4. RECONSTRUCCIÓN DE LA REGIÓN INTERCILIAR MEDIANTE COLGAJO EN ISLA

J.P. Velasco Amador, A. Gil-Villalba, M.D. Pegalajar-García, M. Cebolla-Verdugo, C. Llamas Segura, F. M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

La reconstrucción de defectos localizados en la región intercililar tras la excisión de lesiones tumorales debe realizarse sin alterar las características anatómicas. La reconstrucción se debe realizar siguiendo tres premisas básicas de la cirugía dermatológica: una adecuada cirugía oncológica, un óptimo resultado funcional y un adecuado resultado estético. La elección de una técnica quirúrgica inadecuada puede provocar una marcada asimetría respecto a la región frontal contralateral, lo que provocaría un defectuoso resultado en un área tan importante desde el punto de vista funcional y estético. Presentamos un caso de reconstrucción de un defecto quirúrgico originado por la extirpación de un carcinoma basocelular mediante cirugía de Mohs en la región intercililar derecha mediante un colgajo en isla, donde la incisión se realiza en forma de dientes de sierra o “W”. Esta indicación se basa en el principio de que una cicatriz irregular es menos visible que una cicatriz lineal. Las W deben diseñarse orientadas de forma paralela a las líneas de tensión cutáneas, de manera que los ángulos sean de al menos 60 grados y las puntas de los triángulos se sitúen a una distancia entre 3 a 7 mm. Una distancia menor de 3 mm es demasiado pequeña para evitar que la cicatriz parezca una línea recta y si es mayor de 7mm se creará una cicatriz que es individualmente visible. Una imagen en espejo se traza en el lado opuesto, de modo que las puntas de los colgajos triangulares se interdigiten cuando la “isla” avance.

P5. COLGAJO GLABELAR COMBINADO CON COLGAJO DE AVANCE DE MEJILLA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR EN EL CANTO INTERNO DEL OJO: UNA ESTRATEGIA EFECTIVA

M. Cebolla Verdugo, C. Llamas Segura, J.P. Velasco Amador, J.J. Vega Castillo, F. M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

El carcinoma basocelular es la neoplasia de piel más frecuente en la región periocular. Esta localización de alto riesgo supone un desafío terapéutico, ya que asocian gran complejidad quirúrgica tanto para la eliminación completa del tumor como para la posterior reconstrucción del defecto resultante. Se presentan dos casos de carcinoma basocelular en la región de canto interno del ojo. El primer caso corresponde a una mujer de 59 años con una lesión de 1 x 0,9 cm a nivel del canto interno del ojo izquierdo. El segundo caso se trata de un varón de 64 años con una lesión de 1 x 0,5 cm en la misma localización anatómica. Dado que ambas lesiones estaban mal delimitadas y en una localización quirúrgicamente compleja, se optó por realizar cirugía de Mohs. Una vez obtenidos márgenes libres, se empleó una combinación de colgajos para la reconstrucción (glabellar junto con avance de mejilla-Blasovicz-). Ante defectos que abarcan múltiples subunidades anatómicas, la estrategia combinada de colgajos permite optimizar el proceso de reconstrucción. Los defectos que afectan al canto interno del ojo pueden alterar diversas subunidades anatómicas, incluyendo el área glabellar de la nariz, la vertiente lateral de la nariz y la mejilla. El colgajo glabellar proporciona el tejido requerido para recu-

brir la porción del defecto asociada a la subunidad nasal, beneficiándose de su sólida irrigación sanguínea en la zona donante, lo cual reduce el riesgo de necrosis. No obstante, es posible que surja un defecto "en trampilla", que puede corregirse reduciendo el grosor del extremo distal del colgajo.

Por otra parte, el colgajo Blascovicz se emplea para reconstruir la porción del defecto asociada con la subunidad de la mejilla. Minimiza la tensión en los bordes de incisión, lo que previene complicaciones como ectropión u otras deformidades a nivel palpebral. Es importante destacar que un abordaje con excesiva elevación del colgajo de avance de la mejilla puede resultar en una deformidad en "tienda de campaña", al eliminarse la concavidad propia del canto interno del ojo, corregible mediante la fijación del colgajo al periostio subyacente. La combinación de colgajo glabellar y colgajo de avance de mejilla en la reconstrucción de carcinomas basocelulares a nivel del canto interno del ojo supone una estrategia eficaz para alcanzar resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

P6. COLGAJO TRILOBULADO Y ARTRORRISIS PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO RESULTANTE TRAS CIRUGÍA DE MOHS EN PACIENTE CON DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN DEDO DEL PIE

A. Morelló Vicente^a, I. Oteiza Rius^a, E.M. Gómez González^a, D.M. Muñagorri^a, A. Carrera Gabilondo^a, R. Llombart Blanco^b y R. Salido Vallejo^a

^a*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.* ^b*Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña. Navarra. España.*

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es el sarcoma cutáneo más frecuente. Sin embargo, presenta una incidencia baja, entre 0,8 y 5 casos por millón de habitantes/año. Afecta principalmente personas entre los 30 y los 50 años, siendo la localización más común el tronco, seguido de las extremidades superiores. Se trata de un tumor de lento crecimiento que se inicia en la dermis, a partir de donde infiltra el tejido celular subcutáneo y estructuras profundas como fascia, músculo e incluso hueso. Aunque el riesgo de metástasis es muy bajo, su alta tasa de recurrencia local hace que la cirugía con control histológico de márgenes en parafina sea el tratamiento de primera línea.

Presentamos el caso de un varón de 43 años que acude a nuestro servicio diagnosticado histopatológicamente de un DFSP en región dorsal de segundo dedo de pie derecho. La resonancia magnética preoperatoria mostraba que la lesión envolvía el tendón extensor largo. Se realiza extirpación mediante cirugía micrográfica de Mohs en parafina incluyendo estructuras tendinosas, en colaboración con el equipo de Traumatología. En un segundo tiempo, tras la confirmación de márgenes quirúrgicos libres, se realiza artrorrisis con aguja de Kirschner con el fin de fijar la articulación interfalángica y un colgajo trilobulado para cobertura del defecto quirúrgico resultante con exposición ósea. El colgajo presentó una evolución satisfactoria, aunque a la 3ª semana del postoperatorio presentó una necrosis superficial en una zona más distal que se solventó con un injerto de piel parcial extraído con Dermablade®. Tras 12 meses de seguimiento, no se aprecian signos clínicos ni radiológicos de recidiva local. El paciente presenta un buen resultado estético y funcional con una buena alineación del segundo dedo del pie y leve incapacidad para la extensión completa que no interfiere con la marcha. El DFSP en el pie es muy infrecuente, con menos de 15 casos descritos en la literatura. El abordaje quirúrgico de cada paciente se debe considerar individualmente. En nuestro caso, la artrorrisis ayuda a inmovilizar la articulación y así facilita fijar el colgajo. Además, permite obtener unos resultados funcionales adecuados, sin déficit funcional. Finalmente, la reali-

zación del colgajo trilobulado permite la cobertura del defecto quirúrgico en una localización compleja, evitando la realización de colgajos libres.

P7. ¿EXISTE UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA?

D. Muñoz Barba, S. Haselgruber-de Francisco, M. Sánchez Díaz, J.Á. Rodríguez Pozo, P. Díaz Calvillo, A. Martínez López, S. Arias Santiago y A. Molina Leyva

Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo piloso que afecta a las regiones corporales que presentan glándulas apocrinas, especialmente axilas y área anogenital. Destacan su carácter progresivo y destructivo, que produce daños irreversibles.

Objetivo. Este estudio pretende evaluar si un tratamiento quirúrgico precoz, en estadios más iniciales de la enfermedad, se asocia a intervenciones menos agresivas.

Pacientes y método. Estudio de cohortes que incluyó a pacientes con hidradenitis supurativa moderada-grave, intervenidos mediante extirpación amplia y cierre por segunda intención. La progresión de la enfermedad se evaluó por la duración de la enfermedad, el daño estructural según el estadio de Hurley, la gravedad inflamatoria con el IHS4, y la agresividad de la intervención mediante cm² de piel extirpada.

Resultados. Se incluyeron un total de 80 pacientes, con una de edad media de 35,91 (11,33) años y una proporción hombre: mujer de 29/51. La duración media de la enfermedad fue 12,28 (9,35) años, encontrándose en estadio Hurley II el 80% (64/80) y estadio Hurley III el 20% (16/80). La gravedad inflamatoria media según IHS4 fue 7,73 (4,36), la tasa de recurrencias a las 68 semanas de seguimiento del 23,75% (19/80) y el área extirpada media 24,78 (11,79) cm². Observamos que una mayor duración de la enfermedad ($p < 0,05$), un estadio de Hurley II-III ($p < 0,02$) y una mayor puntuación IHS4 ($p < 0,01$) se correlacionaron con una intervención quirúrgica más agresiva. Este hecho conllevó una mayor tasa de recurrencias ($p < 0,1$).

Conclusiones. Al igual que existe una ventana de oportunidad médica en la que el tratamiento médico puede evitar la cirugía, también existe probablemente una ventana de oportunidad quirúrgica. El tratamiento quirúrgico precoz y proactivo de los pacientes con hidradenitis supurativa probablemente implica cirugías de menor extensión y con mejores resultados a medio plazo.

P8. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ADMINSTRACIÓN DE CORRIENTE GALVÁNICA EN FÍSTULAS INFLAMATORIAS Y DRENANTES EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

A. Soto Moreno^a, C. Cuenca Barrales^b, A. Molina Leyva^b, J.A. García Vidal^c, F. Medina Mirapeix^c y S. Arias Santiago^d

Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

^b*Dermatología. Unidad de Hidradenitis Supurativa. Hospital*

Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Fisioterapia y

Discapacidad. Instituto Murciano Investigación Biosanitaria.

Universidad de Murcia. Murcia. Dermatología. TECE19-

Dermatología Clínica y Traslacional. Instituto de Investigación

Biosanitaria de Granada. Hospital Universitario Virgen de las

Nieves. Granada. España

Antecedentes y objetivos. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de las glándulas apocrinas de los grandes pliegues cutáneos. El carácter recurrente de la enfermedad, con brotes espontáneos incluso en pacientes bajo tratamiento

sistémico mantenido, hace necesario disponer de tratamientos locales eficaces para el control de estas lesiones, sin embargo, la respuesta a las terapias intralesionales clásicas es muy variable (44-81%). La aplicación de corriente galvánica (CG) mediante aguja percutánea ha demostrado su seguridad y eficacia en humanos en el tratamiento de lesiones estructuralmente similares a las de la HS. En base a lo anteriormente expuesto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de la corriente galvánica percutánea guiada por ecografía en fístulas de hidradenitis supurativa.

Métodos. Estudio abierto para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación de CG en el tratamiento de fístulas inflamadas y drenantes de hidradenitis supurativa. Tras la administración de CG, los pacientes fueron evaluados a las 48 horas, las 4 y las 12 semanas. Como variable principal de eficacia se recogió la presencia de respuesta clínica completa a las 12 semanas de tratamiento, esto es: ausencia de supuración y/o signos semiológicos de inflamación a la exploración y ausencia de supuración y/o dolor referidos por el paciente en la semana previa a la visita correspondida con la semana 12. Como variable de seguridad se registró el desarrollo de efectos adversos relacionados con el tratamiento a las 48 horas de administrado, así como en las semanas 4 y 12, entendido como efecto adverso cualquier evento clínico potencialmente relacionado con la terapia según criterio del clínico que administró CG y de un investigador independiente.

Resultados. Veintiséis pacientes fueron incluidos en el estudio, siendo el 61,54% mujeres (relación hombre/mujer 10/16). La edad media era de 35,84 años. A las 12 semanas del inicio del tratamiento se alcanzó respuesta completa en el 77% (20/26) de las lesiones tratadas. No se registraron efectos adversos graves o irreversibles, el dolor medio del procedimiento evaluado mediante escala analógica visual (EVA) fue de 0,03.

Conclusiones. La administración de GC ha demostrado ser eficaz y bien tolerada en fístulas inflamadas y drenantes de pacientes con HS.

P9. COLGAJO DE ROTACIÓN ALAR PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN ALA NASAL

I. Oteiza Rius^a, A. Morelló Vicente^a, E.M. Gómez González^a, A. Carrera^a, D. Marcós^a, J. Antoñanzas Pérez^a, P. Redondo Bellón^b y R. Salido Vallejo^a

Dermatología. ^aClínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña. Navarra. ^bClínica Universidad de Navarra. Madrid. España.

Introducción. La reconstrucción de defectos localizados en el ala nasal supone un verdadero reto quirúrgico. Este hecho reside principalmente en la importancia de preservar la funcionalidad de la válvula nasal, respetando la concavidad de misma. Además, conservar la simetría facial resulta esencial para conseguir un adecuado resultado estético. Presentamos una serie de casos en los que se empleó un colgajo de rotación alar para defectos quirúrgicos de ala nasal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 9 pacientes adultos (3 hombres y 6 mujeres, con una media de edad de 68 años) con diagnóstico de carcinoma basocelular localizado en ala nasal, intervenidos mediante colgajo de rotación alar (CRA) en la Clínica Universidad de Navarra durante el periodo comprendido entre 2020 y 2023. Tras un periodo de seguimiento de 6 a 12 meses, no se observaron signos de recidiva tumoral ni complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico. Los pacientes mostraron buenos resultados tanto a nivel funcional como estético.

Discusión. El CRA es una buena opción reconstructiva de fácil diseño para defectos quirúrgicos localizados en ala nasal. Permite em-

plear piel de las mismas características a las del defecto quirúrgico, así como ocultar las cicatrices en el surco alar. Es importante tener en cuenta que, con el fin de evitar una obstrucción del orificio nasal, este procedimiento debe realizarse idealmente en pacientes que presenten un tejido cutáneo de mayor grosor en dicha zona. Además, la ausencia de triángulos de Burow en la región posterior del colgajo implica que, para prevenir la distorsión del ala nasal, es conveniente realizar dicha técnica en defectos de un tamaño menor a un tercio del ala nasal. En ocasiones, puede ser necesario prolongar la incisión de forma caudal mediante un triángulo de descarga hacia el borde libre del ala nasal que evite el estrechamiento de la narina. Por último, es fundamental resaltar que se trata de una opción no válida en defectos que abarquen parte del borde alar o del dorso nasal.

Conclusiones. El CRA es una técnica reconstructiva sencilla para defectos de mediano y pequeño calibre localizados en el ala nasal. En nuestra experiencia, se trata de una opción reconstructiva que permite obtener unos buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

P10. ELECTROQUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA COMO TERAPIA ADYUVANTE DEL MELANOMA METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

E. de Jesús García Verdú, E.L. Pinto Pulido, P. Merlo Gómez y L. Trasobares Marugán

Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

El melanoma se trata de un tumor inmunogénico por su alta cantidad de antígenos reconocidos tanto por la inmunidad innata como adaptativa. La IMT (inmunoterapia) en el tratamiento del melanoma metastásico permite superar los mecanismos de escape tumorales frente a la inmunovigilancia, restituyendo la funcionalidad de las células presentadoras de antígeno (CPA) y de los linfocitos T en el reconocimiento de los antígenos tumorales. Pembrolizumab es un fármaco inhibidor de la proteína de muerte celular programada 1 en los linfocitos T que evita su unión al ligando 1 de muerte programada en las células tumorales, impidiendo la inactivación linfocitaria y permitiendo la destrucción de las células tumorales. La electroquimioterapia (EQT) es un proceso que combina la electroporación con la administración de un agente quimioterápico. La electroporación o apertura de poros en la membrana celular se realiza mediante la emisión controlada de pulsos eléctricos de alta intensidad. Así el agente quimioterápico empleado, habitualmente bleomicina, permite gracias a este procedimiento una concentración dentro de las células tumorales muy superior a la del tejido circundante. La ECT tiene un efecto sinérgico con la IMT puesto que, entre otros efectos, consigue la liberación masiva de antígenos tumorales, el incremento de CPA y de receptores de la inmunidad innata. Todo ello conduce a una potenciación de la inmunidad celular T y a una mayor destrucción del tejido neoplásico.

Presentamos un caso de un paciente de 79 años diagnosticado en 2014 de un melanoma lentiginoso acral estadio IIC (pT4N0M0). Se mantuvo asintomático durante 8 años, momento en el que la enfermedad avanzó con la aparición de metástasis en tránsito y nódulos pulmonares. Comenzó pembrolizumab a dosis de 2 mg/kg pero, aunque a los 3 meses se estabilizaron los nódulos pulmonares, desarrolló múltiples lesiones agrupadas pápulo-nodulares friables bajo la cicatriz de la metástasis cutánea previamente extirpada. Se remitió en los 3 meses siguientes para tratamiento adyuvante con ECT con bleomicina intravenosa, logrando buena eficacia y tolerancia a los 6 meses de seguimiento. Con ello, pretendemos exponer un nuevo caso de combinación de IMT y ECT como una modalidad efectiva y sinérgica del tratamiento de las metástasis cutáneas de melanoma.

P11. DESCRIPCIÓN DE UN CASO: CIRUGÍA DE MOHS EN DIFERIDO EN EL TRATAMIENTO DE MIOFIBROBLASTOMA PLEXIFORME

M. Quetglas Valenzuela^a, J. Algarra Sahuquillo^a, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, J. Mercader Salvans^a, D.J. Sánchez Báez^a, C.N. Hernández León^b, R.N. Rodríguez Rodríguez^b y D. Ramos Rodríguez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Antecedentes y objetivos. El miofibroblastoma plexiforme (MP) es una entidad recientemente descrita y predominante en población pediátrica pero estando descrito hasta en paciente de 50 años. Histológicamente se trata de un tumor fusocelular que se extiende entre la dermis y el tejido subcutáneo con células miofibroblásticas y fibroblásticas, eosinofílicas, con núcleos ovoides sin atipias y que forma fascículos en patrón plexiforme con un estroma de colágeno característico. Su principal diagnóstico diferencial es el tumor fibrohistiocítico plexiforme (TFHP) siendo importante diferenciarlos pues el MP no tiene recurrencias ni metástasis descritas y el TFHP es un sacorma de bajo grado.

Métodos. Describimos un caso diagnosticado de miofibrosarcoma de patrón plexiforme presentando fotografías clínicas e histológicas.

Caso clínico. Varón de 21 años con antecedentes de dermatomiofibroma inguinal en la infancia que acude con un tumor en placa, inguinal, de aspecto infiltrativo de 5 cm de diámetro y con adenopatías reactivas subyacentes. En la biopsia se objetiva estirpe fusocelular marcaje CD34 y actina positivos sin reordenamiento COL1A1- PDGFB. Ante la sospecha de un tumor de estirpe fusocelular no bien tipificado se extirpa mediante cirugía de Mohs en diferido en una fase con posterior cierre directo y posterior corrección estética de la cicatriz. En el estudio histológico se trató de una lesión dérmica de células mio/fibroblásticas formando fascículos que adoptan un patrón plexiforme. La lesión demostró positividad para CD34 y actina parcheada y no intensa, con negatividad para desmina, S100, bcatenina y NTRK. Se consideró compatible con el diagnóstico de miofibroblastoma plexiforme. El paciente persiste sin recidiva ni signos de extensión a los 6 meses de la extirpación.

Discusión. Los tumores CD34+ forman un grupo heterogéneo con agresividad variable y diagnóstico histológico complejo en los que se debe mantener un alto nivel de sospecha para malignidad. En nuestro caso se sospechó malignidad y finalmente se planteó el diagnóstico diferencial entre nevus fibroblástico del tejido conectivo, tumor fibrohistiocítico plexiforme y miofibroblastoma plexiforme, decidiéndose finalmente el último diagnóstico.

Conclusión. Presentamos un tumor fusocelular CD34+ y actina + diagnosticado de miofibroblastoma plexiforme extirpado mediante cirugía de Mohs en un varón de 21 años.

P12. UTILIZACIÓN DE LA EXCISSION EN CUÑA DE HOWARD-DUBOIS EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA RETRONIQUIA RECALCITRANTE

M.L. Alonso Pacheco, R. Cruz Conde de Boom, M. Martín de Santaolalla, J.M. Busto Leis y M. Mayor Arenal

^aDermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

La retroniquia (R) es una modalidad de uña incarnata. No dispone de un tratamiento estandarizado. Se afirma que la avulsión quirúrgica de la lámina, al menos en estadios no precoces, es el tratamiento de elección y resolutivo en más del 75% de los casos. La onicodistrofia postquirúrgica se ha descrito entre un 13 y un 33% de los pacientes. La tasa de recurrencias postquirúrgicas se considera baja, aunque está mal establecida y probablemente infraestimada, por los seguimientos cortos, en general no superiores a 1 año, de los casos publicados.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, que consultó por dolor y ausencia de crecimiento de la uña del primer dedo del pie derecho desde hacía 4 años. La exploración puso de manifiesto a nivel bilateral pies cuadrados, hallux valgus y resto de dedos de los pies en garras; así como onicólisis distal, xantoniquia y engrosamiento de la lámina ungueal del dedo afecto. La ecografía del aparato ungueal fue diagnóstica de R. Se procedió a la avulsión quirúrgica de la lámina ungueal, encontrándose dos láminas superpuestas y el tercio distal del lecho queratinizado y sobrelevado, conformando así el denominado pliegue ungueal distal. En el evolutivo postquirúrgico al año, se objetivó detención de la progresión de la nueva uña en crecimiento y su enclavamiento en el pliegue ungueal distal, con recaída de la onicólisis distal. En una segunda intervención quirúrgica, 4 años tras la primera, además de la avulsión de la lámina ungueal, se realizó una excisión en cuña de Howar-Dubois. Se objetivó recrecimiento adecuado de la nueva lámina 1,5 años después de la reintervención. La excisión en cuña de Howard-Dubois se utiliza en el manejo quirúrgico de la onicocriptosis clásica, cuando esta cursa con hipertrofia de tejidos blandos periungueales laterales y/o distales. Consiste en la extirpación de una media luna alrededor de la punta del pulpejo del dedo, 5 mm por debajo de los pliegues disto-laterales, de 3 a 5 mm en su anchura máxima y hasta el plano del perostio. En el caso presentado se usó para eliminar el pliegue ungueal distal y prevenir la recaída de la onicólisis distal y así de la propia R. Aunque se ha sugerido su posible utilidad en casos de R que cursen con formación de un pliegue ungueal distal, no hemos encontrado ningún caso referido de su utilización en la literatura revisada. Creemos que las alteraciones podiátricas de nuestra paciente, estarían implicadas tanto en la aparición de R como en su recaída.

P13. INJERTO EPIDERMGRASO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL ALA NASAL

I. Bernad Alonso^a, A. Navarro Bielsa^a, A. Ballano Ruiz^b, M. Almenara Blasco^a, M.C. Matei^a, I. Muelas Rives^a, M. Álvarez Salafranca^a, A.D. Irache^a e Y. Gilaberte Calzada^a

Dermatología. ^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bHospital de Henares. Coslada. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El injerto dermograso ha sido descrito para reconstruir defectos del ala nasal con buenos resultados.

Métodos. Se presentan dos casos de defectos grandes en dorso lateral nasal izquierdo y dorso lateral nasal derecho tras la exéresis de carcinomas basocelulares mediante cirugía de Mohs. La reconstrucción se realizó con colgajos en hacha del dorso nasal y en ambos casos quedó una zona sin cubrir por el colgajo en el ala nasal. Para evitar una retracción asimétrica del ala, se colocó un injerto epidermograso aprovechando el triángulo de piel sobrante de la región intercililar al descender el colgajo.

Resultados. El injerto dermograso tiene la ventaja de rellenar el espesor del defecto en profundidad. En estos casos el injerto se colocó con la epidermis además de la dermis y el tejido celular subcutáneo (injerto epidermograso). Hay que tener en cuenta que la epidermis se necrosará, pero tiene la ventaja de que actúa como protección y permite sujetar el injerto a la piel circundante. Cuando se necrosa la epidermis se puede retirar con bisturí o esperar a que se desprenda sola. La parte dermograsa permite que el defecto epitelize más rápido, evita la depresión que puede quedar a veces tras la cicatrización por segunda intención y en estos casos evitó que quedara el ala nasal retraída. Además, en estos casos se han podido aprovechar los triángulos de piel sobrante generados por la movilización del colgajo, lo que evita una cicatriz adicional que quedaría si obtuviéramos el injerto de otra zona dadora. Se presenta iconografía.

Conclusión. El injerto epidermograso es una buena opción para cubrir defectos profundos de pequeño tamaño en la zona del ala nasal con buenos resultados funcionales y estéticos.

P14. COLGAJO EN PUERTA GIRATORIA COMO MÉTODO DE RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN CONCHA AURICULAR

A. Ballano Ruiz^a, I. Bernad Alonso^b, A. Diago Irache^c e Y. Gilaberte Calzada^b

Dermatología. ^aHospital de Henares. Coslada. Madrid. ^bHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

El colgajo retroauricular en isla en puerta giratoria fue descrito por primera vez por Masson en 1972 como método para reconstrucción de grandes defectos de la concha auricular. Se obtiene del pliegue retroauricular y se despegue en isla, de manera que el colgajo rota sobre su pedículo a modo de bisagra y pasa a través del defecto del pabellón auricular. Posteriormente se cierra la zona retroauricular mediante sutura directa. Presentamos dos casos de carcinomas basocelulares localizados en dicha área anatómica que tras exéresis amplia se optó en su reconstrucción por este tipo de colgajo. Se realizaron ambas intervenciones con anestesia troncular del pabellón auricular, y se realizó excisión de piel y cartilago subyacente, teniendo de la misma manera que eliminar parte de la piel retroauricular para poder hacer la abertura por donde pasaría el colgajo. A continuación se marca el tamaño del defecto en la zona retroauricular, haciendo coincidir la línea media con el pliegue de la oreja, y se disecciona como cualquier colgajo en isla, manteniendo el pedículo central por donde se mantendrá la irrigación vascular del colgajo. La revisión a los 14 días de ambos pacientes no desveló ninguna complicación postquirúrgica, sin dolor reseñable ni sangrado o infección ni necrosis del colgajo. Creemos por lo tanto que este colgajo es un buen recurso a tener en cuenta a la hora de reconstruir defectos en concha auricular, debido a la sencillez en su elaboración, la baja tasa de complicaciones y el buen resultado estético.

P15. FIJACIÓN DE MICROINJERTOS MEDIANTE CIANOCRILATO EN DEFECTOS CUTÁNEOS POSTQUIRÚRGICOS

C. Manzanas Yustas^a, R. García Castro^a e I. Alcaraz León^a

Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes y objetivo. Los microinjertos (MI) o injertos en sello se han convertido en una herramienta terapéutica útil en el tratamiento no solo de heridas crónicas sino también de defectos cutáneos postquirúrgicos. Son injertos de piel libres, que no se suturan, y prenden únicamente por capilaridad y gracias a una terapia compresiva (ej.: vendaje compresivo, terapia de presión negativa). El apositaje en zonas móviles o cóncavas puede resultar complejo de cara a lograr una sujeción y compresión adecuadas. Por su parte, el cianocrilato se emplea para el cierre de heridas (ej.: traumáticas) así como para la fijación de injertos cutáneos. Presentamos una serie de casos en los que se ha empleado cianocrilato para la fijación de MI en defectos postquirúrgicos en zonas móviles o donde sea difícil realizar terapia compresiva (ej.: superficies cóncavas).

Pacientes y método. Presentamos una serie de > 5 pacientes en los que se procedió al cierre de un defecto postquirúrgico, en zonas de difícil apositaje, mediante la utilización de MI y su fijación mediante cianocrilato. El acrilato se aplicó directamente sobre la herida y los MI, y no precisó su retirada posterior. Las curas se realizaron cada 7 días.

Resultados y discusión. En el 100% de los casos se obtuvo una respuesta terapéutica satisfactoria, con cierre parcial o total del defecto entre el 5º y 21º día tras la intervención. No se produjeron complicaciones en relación con la técnica empleada.

Hasta la fecha, existen escasas publicaciones respecto al uso de cianocrilato para la fijación de MI, habiendo sido utilizado exclusivamente en el contexto de la fijación de MI en úlceras crónicas de miembros inferiores. La experiencia con esta técnica fue que todos

los injertos prendieron a la semana de la intervención, habiendo permanecido en su localización e inmóviles. Además, la progresión de los MI se produjo de forma exponencial a partir de la segunda semana.

Conclusión. En base a nuestra satisfactoria experiencia con esta técnica, proponemos la fijación de MI mediante cianocrilato como alternativa suficiente o complementaria a la terapia compresiva, en cualquier localización y especialmente en localizaciones de difícil apositaje, concavidades entre otras.

P16. GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA: SERIE DE LEÓN

V. Onecha Vallejo, M. Navedo de las Heras, E. Samaniego González, M. Criado Otero, P. Bodas Gallego y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción. El ganglio centinela se ha considerado una técnica de estadiaje en el manejo del melanoma. En la actualidad existe gran controversia en la realización e indicación de la misma. Por ello, presentamos la serie de casos en los que se ha realizado ganglio centinela en nuestro centro.

Material y métodos. En el registro de anatomía patológica se buscan todos los resultados en los que aparezca en el diagnóstico ganglio centinela y melanoma con resultado de 121 pacientes. De estos casos se buscan en historia clínica datos epidemiológicos, datos histopatológicos del melanoma y datos de evolución de los pacientes. Estos datos se estudian con el programa SPSS.

Resultados. Con un total de 121 resultados en su mayoría (hombres mujeres) con una media de edad al diagnóstico de 62,25 años y Breslow medio de 5,77. Dentro de los tumores de Breslow menor de 0,8 (n = 15) aparecieron afectos 1 único ganglio con una buena evolución. Dentro de los melanomas de 0,8 a 2 (n = 15) aparecieron afectos 8 casos y en los melanomas más gruesos (n = 53) presentan positividad en 19 casos. La linfadenectomía se realiza en 10 pacientes con ganglio positivo y en 3 pacientes por recaída ganglionar del mismo. De los 121 pacientes se encuentran fallecidos 11, de los cuales 7 se deben al avance de la enfermedad y en los otros 4 por otras causas. En 17 casos existen tumores concomitantes siendo el más frecuente el adenocarcinoma de próstata.

Conclusión. La realización de ganglio centinela en melanoma como técnica diagnóstica ha quedado relegada a los tumores de Breslow intermedio para poder caracterizar la necesidad de tratamiento adyuvante. La ausencia de correlación entre el estadio y el porcentaje de supervivencia, dificulta la sistematización de la indicación de ganglio centinela. Por lo tanto, se requieren más estudios que ayuden a realizar la indicación. Existe un pequeño grupo que se puede beneficiar de la realización de la técnica, dado que pese a tener un Breslow intermedio la afectación ganglionar lo está en niveles en los que se encuentra indicada la adyuvancia o presenta indicaciones de radioterapia.

P17. COLGAJO DE INTERPOLACIÓN MELOLABIAL EN DEFECTOS DE PIRÁMIDE NASAL COMO ALTERNATIVA TRAS FRACASO DE OTRAS TÉCNICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.V. Signes-Costa Smith^a, B.A. Gómez Dorado^a, E. Martínez Lorenzo^a, C. Romera de Blas^a, M. Cotarelo Hernández^a, J.J. Amorós Oliva^a, M.J. Carrera Hernández^a, J. Moreno Manzanaro^a, P. Blázquez Pérez^a y C. Pérez Hortet^a

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

La pirámide nasal supone un área de difícil reconstrucción quirúrgica cuyo objetivo es lograr un buen resultado funcional y estético. La cirugía dermatológica reconstructiva baraja 4 opciones principalmente: cierre directo, colgajo, injerto y cierre por segunda intención. La selección y planificación de la técnica, en función de las características del defecto y las comorbilidades del paciente, resulta imprescindible para el éxito quirúrgico.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años, fumadora, diabética e hipertensa intervenida de carcinoma basocelular en ala nasal derecha mediante cirugía de Mohs. En el acto quirúrgico se obtiene un defecto de 3 cm que se cubre mediante injerto de piel total. Sin embargo, tras evolución tórpida y necesidad de reintervención en varias ocasiones sin éxito, se propone nueva reconstrucción mediante plastia de interpolación melolabial; consiguiendo el cierre completo del defecto y aceptable resultado estético y funcional. Los colgajos de interpolación, a diferencia de los de trasposición, son trasladados a través de un movimiento rotatorio desde una zona no contigua al defecto y poseen su propia vascularización. El colgajo de interpolación melolabial se basa en una vascularización aleatoria dependiente de vasos perforantes de la zona. La viabilidad de este colgajo depende, en parte, de la buena planificación y selección de la zona a interpolar. Se debe asegurar un grosor de pedículo adecuado, compuesto de piel y tejido celular subcutáneo, y garantizar unas dimensiones correctas: una base de 1,5-2 cm y una altura 2,5 veces el ancho del pedículo. La presencia del pedículo anclado a la zona donante favorece la correcta vascularización y ayuda al prendimiento en la zona receptora. Tras el primer acto quirúrgico y al apoyar el pedículo sobre piel sana en forma de "puente" es importante mantener un apósito antibiótico de interfase, con el fin de evitar sobreinfección y formación de inclusiones epidérmicas. Se aconseja realizar el cambio de apósito cada 96 horas. Transcurridas 3 semanas (4 en caso de fumadores) se procede a la resección del pedículo en un segundo acto quirúrgico.

El colgajo de interpolación melolabial supone una buena opción reconstructiva para defectos grandes (> 2 cm) de pirámide nasal especialmente en pacientes con factores de riesgo que comprometen la cicatrización, pudiendo ser incluso el colgajo de elección.

P18. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS LABIO INFERIOR MEDIANTE COLGAJO DE YU. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F.M. Almazán Fernández, T. Ródenas Herranz, J.J. Vega Castillo, J.P. Velasco Amador y R. Ruiz Villaverde

Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Descrito por Yu, y publicado en el European Journal of Plastic Surgery en 1989. Su uso está destinado para grandes defectos laterales del labio inferior, con el objetivo de mantener la funcionalidad del músculo orbicular y evitar la microstomía.

Caso clínico. Mujer de 64 años, presenta un carcinoma escamocelular en hemilabio inferior derecho de rápido crecimiento que ocupa la mitad del labio inferior. Se realiza extirpación con margen de seguridad provocando un defecto del hemilabio del 50-75% del mismo. Se realiza reconstrucción mediante colgajo de Yu, combinando un colgajo de avance, localizando la arteria facial y respetando el músculo orbicular, y uno de rotación proveniente del labio superior.

Discusión. Junto con el colgajo de Abbe, el colgajo de Yu es uno de los métodos reconstructivos del labio inferior cuando el defecto es principalmente lateral, y afecta a la mitad o dos tercios del labio. Su principal ventaja es que conserva la funcionalidad de la musculatura constrictora, el músculo orbicular, y evita la microstomía. La reconstrucción se realiza en un único tiempo quirúrgico, con un fantástico resultado estético.

P19. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA ONCOLÓGICA. FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SU DESARROLLO

A.A. Cabanillas Cabral, L. Bejarano Antonio, S. Rodríguez Conde, S. Becerril Andrés, V. Velasco Tirado y J. Cañuelo Álvarez

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

Introducción. La cirugía dermatológica oncológica se considera un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones. Concretamente, la tasa de infección de sitio quirúrgico se sitúa alrededor del 2% en las series publicadas y el sangrado en el 3%. Aunque se han propuesto determinados factores que podrían estar asociados a mayor riesgo, esto no ha sido demostrado en todos los estudios.

Objetivo. Evaluar la incidencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos mediante cirugía dermatológica oncológica.

Material y métodos. Realizamos un estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con patología cutánea oncológica intervenidos en el Servicio de Dermatología desde enero a junio de 2023. Se excluyeron pacientes intervenidos por lesiones benignas.

Resultados. Se recogieron datos de 495 pacientes. En el análisis univariante, el sangrado postoperatorio fue registrado en 24 pacientes (4,8%), siendo más frecuente en aquellos pacientes que requirieron una reconstrucción compleja (injerto o colgajo, $P = 0,01$). La infección postquirúrgica se observó en 12 pacientes (2,2%). La infección fue más frecuente en pacientes tratados mediante reconstrucción compleja ($P < 0,01$), en aquellos en los que empleamos sutura trenzada en piel ($P = 0,021$) y se observó una tendencia al desarrollo de esta complicación en pacientes inmunocomprometidos ($P = 0,076$). En el análisis multivariante, la reconstrucción compleja fue el único factor relacionado con mayor frecuencia de infección.

Discusión. El desarrollo de infección de sitio quirúrgico constituye una complicación poco frecuente. A pesar de ello, encontramos algunos factores relacionados con una mayor probabilidad de infección. Concretamente, la necesidad de reconstrucciones complejas parece ser el factor más importante, beneficiándose de un seguimiento más estrecho. Además, la utilización de sutura monofilamento podría tenerse en cuenta y los pacientes inmunocomprometidos deben ser considerados de forma especial. El sangrado es también poco frecuente y la reconstrucción compleja se asocia a un riesgo mayor. La antiagregación y la anticoagulación no pareció asociarse con un mayor riesgo.

Conclusión. Los pacientes sometidos a reconstrucciones complejas en cirugía dermatológica oncológica parecen asociarse a un mayor riesgo de infección y de sangrado postquirúrgicos, aunque el riesgo de complicaciones es bajo.

P20. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN NASAL MEDIANTE COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN MEJILLA-NARIZ TRAS MICROCIURUGÍA DE MOHS

M. Torrent García, C. Campoy Carreño, L. García Almazán, A.J. Castillo Botero, F. Alarcón Soldevilla, T. Amanda Hernández Gómez, J. Pardo Sánchez, F.J. de León Marrero, F.J. Allegue Gallego, J. Ruffin Villoslada y Á. López Ávila

Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Presentamos un caso de un varón de 60 años con un carcinoma basocelular infiltrante de bordes mal definidos en ala nasal. Tras extirpación tumoral mediante microcirugía de Mohs se procedió a la reconstrucción del defecto que abarcaba raíz del surco nasogeniano, base y pared alar derecha, mediante un colgajo de transposición mejilla-nariz. El colgajo de transposición del surco nasolabial o mejilla-nariz resulta ideal para la reconstrucción de defectos del

ala nasal ya que la piel de la zona donante es muy similar a la del ala nasal, lo que permite una mayor viabilidad del colgajo y un mejor resultado estético.

P21. MAPA CORPORAL Y CALCULADORA DE RETRACCIÓN DE PIEZAS QUIRÚRGICAS

G. Blasco Morente, C. Ureña Paniego, A. Soto Moreno, A. Martínez López, J. Tercedor Sánchez y S. Arias Santiago

Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes y objetivos. La valoración anatomopatológica de los tumores cutáneos extirpados revelan a menudo un margen quirúrgico e histológico considerablemente menor que el margen de escisión quirúrgica inicialmente previsto, lo que se debe mayormente a la retracción tisular. El objetivo del presente estudio fue el de establecer un mapa corporal de retracción quirúrgica y desarrollar una calculadora que permita estimar el margen histológico real.

Métodos. Estudio descriptivo observacional transversal en el que se incluyeron a todos los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de nuestro hospital mediante una escisión fusiforme durante un período de 12 meses. Se recogió información clínica y sociodemográfica. Las variables principales fueron el ancho y largo de la lesión, el ojal in vivo y tras 24 horas de fijación histológica, así como las dimensiones del defecto quirúrgico.

Resultados. Se recogieron medidas de 295 piezas quirúrgicas agrupadas por localización. En todos los casos se mostró una contracción de las dimensiones de la lesión y el ojal tras su exéresis y fijación. Las localizaciones en las que las piezas quirúrgicas experimentaron mayor contracción en su largo fueron el tronco anterior, región frontal y miembros inferiores con una reducción del 22,25%; 16,42% y del 15,19% ($p < 0,05$). La localización de cabeza-cuello producía un defecto quirúrgico mayor que en tronco-extremidades ($p < 0,001$). Estos datos permitieron la formulación de algoritmos que corrigen el margen quirúrgico e histológico y estima el defecto quirúrgico y que han sido implementados en una aplicación móvil.

Conclusiones. El mapa corporal de retracción quirúrgica y la calculadora quirúrgica definidos con los resultados de este estudio facilitan la interpretación de los resultados anatomo-patológicos y permitiendo planificar la cirugía reconstructiva.

P22. SERIE DE CASOS DE COLGAJOS INTERPOLADOS PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ALA NASAL

J. Mercader Salvans, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, M. Quetglas Valenzuela, D.J. Sánchez Báez, J. Algarra Sahuquillo, M. Markthaler, D. Ramos Rodríguez y M.M. Pestana Eliche

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. La nariz es una localización frecuente de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), siendo su reconstrucción un reto debido a su importancia funcional y estética. Nuestro objetivo es mostrar la utilidad de los colgajos interpolados (CI) para la reconstrucción de ala nasal tras la resección tumoral.

Casos clínicos. Se presentan tres casos clínicos de carcinomas basocelulares en ala nasal resecaados mediante cirugía de Mohs, uno de ellos con afectación también de la punta nasal, y otro caso de escisión simple de un léntigo maligno (LM) también en la misma localización. Para la posterior reconstrucción se realiza un colgajo interpolado melolabial (CML) en 3 de los casos y un colgajo interpolado paramediofrontal (CPMF) en el caso que con afectación de la punta. Tras 4 semanas de la intervención se realiza una segunda cirugía para cortar el pedículo consiguiendo un buen resultado funcional y estético y preservando la anatomía original de la zona.

Discusión. Un CI permite la movilización del tejido no adyacente al defecto primario posibilitando el cierre de defectos a distancia. El CPMF y el CML son los CI más utilizados para reconstruir defectos nasales. El CPMF es un colgajo de irrigación axial muy utilizado para la reconstrucción de grandes defectos nasales. Se diseña en la hemifrente contralateral con un pedículo axial de 10 a 15 mm de ancho, iniciándose en la zona proximal de la ceja y ascendiendo en paralelo a la línea media frontal. Una vez labrado, se rota 180° en su eje axial y se inserta en el lecho nasal. El CML se diseña lateralmente al pliegue melolabial y se transfiere tejido de la mejilla a la nariz mediante una rotación inferior. Se trata de un colgajo muy versátil que se puede realizar bajo anestesia local. A las 3-4 semanas se precisa una segunda etapa donde se secciona del pedículo de los CI, se cierra la zona donante y se sutura el colgajo en su posición final tras adaptar su grosor y forma, siendo esto a su vez su principal limitación.

Conclusión. Los CI son una buena opción para la reconstrucción de defectos en el ala nasal a pesar de necesitar dos tiempos quirúrgicos ya que ofrecen buenos resultados estéticos y funcionales.

P23. Z-PLASTIA COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LA FISURA MEDIOLABIAL CRÓNICA

C. Ureña Paniego, P. Díaz Calvillo, S. Arias Santiago y J. Tercedor Sánchez

Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. La fisura mediolabial crónica (FMC) se caracteriza por la presencia persistente de úlceras lineales en el labio superior o inferior. Su origen se asocia a una debilidad fisiológica en los planos de fusión embrionarios del primer arco branquial y factores ambientales. Pueden malignizar hacia carcinoma epidermoide hasta en un 6% de los casos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 43 años con diagnóstico de FMC inferior de un año de evolución y con falta de respuesta a tratamiento tópico. Se decidió tratamiento quirúrgico mediante Z-plastia bajo anestesia local con buen resultado postoperatorio inmediato y a los 12 meses, sin evidenciar signos de recurrencia en este período.

Discusión. La FMC se ha asociado clásicamente a una debilidad fisiológica a nivel de los planos de fusión embrionarios del primer arco branquial, en concreto de los procesos mandibulares y/o maxilares. Es por ello que parece que las fisuras labiales del labio inferior se encuentran en la línea media, mientras que las del labio superior adoptan una posición más lateralizada. Una vez agotadas las alternativas terapéuticas conservadoras, la Z-plastia debería considerarse como el tratamiento de elección. En contraposición a la escisión simple, que favorece la recurrencia de la lesión manteniendo la misma tensión que ha provocado la fisura, la realización de una Z-plastia solventa esta problemática al modificar las líneas de tensión locales.

Conclusiones. La FMC afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y presenta un riesgo considerable de malignización. El tratamiento quirúrgico mediante Z-plastia se revela como una alternativa cosmética y con menor tasa de recurrencia.

P24. DISPOSITIVO LIGASURE PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO DE ZONA INFRALATERAL DE PÁRPADO Y ARCO CIGOMÁTICO TRAS CIRUGÍA DE MOHS

L. Bejarano Antonio^a, A. Romo Melgar^b, A.A. Cabanillas Cabral^a, S. Rodríguez Conde^a, J. Cañueto Álvarez^a y L. Puebla Tornero^a

^aDermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ^bDermatología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Antecedentes y objetivo. No es infrecuente que la cirugía dermatológica presente hemorragias en sábana de difícil control que, si bien no suelen poner en peligro la estabilidad hemodinámica del paciente, pueden suponer la prolongación del tiempo quirúrgico, lo que a su vez puede aumentar el número de complicaciones asociadas.

Métodos. Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante oral y artritis reumatoide que, tras dos intervenciones para tratamiento de un carcinoma epidermoide en región infralateral palpebral de ojo izquierdo, presentó una nueva recidiva que requirió cirugía de Mohs en diferido y posterior reconstrucción del defecto. Para la reparación del párpado inferior se realizó un colgajo de Tripiery y el defecto restante, que alcanzaba el arco cigomático, se cubrió con un colgajo de rotación de mejilla y zona cervical. Dada la tendencia al sangrado de la zona, el gran defecto a reconstruir y la gran cantidad de tejido que se debía movilizar, se decidió emplear el dispositivo de disección y sellado de vasos Ligasure®, (Covidien Medtronic, Dublín, Irlanda) con el fin de minimizar el riesgo de hemorragias.

Resultado. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones ni incidencias inmediatas, con menor sangrado habitual de la zona y menor tiempo quirúrgico dado un escenario con mayor limpieza y comodidad para el cirujano dermatólogo. Además, el resultado oncológico fue óptimo.

Conclusiones. Presentamos el caso de un paciente cuya cirugía requirió un dispositivo de disección y sellado de vasos Ligasure®, facilitando el desarrollo de esta debido a una menor cuantía de sangrado y a una reducción del tiempo quirúrgico, con la consiguiente disminución del riesgo de desarrollo de potenciales complicaciones. De esta forma exponemos que este tipo de dispositivos pueden tener cabida dentro de la cirugía dermatológica, como ya hemos presentado en otras ocasiones, mostrando en este caso su posible empleo en una región anatómica compleja.

P25. COMBINACIÓN DE COLGAJO DE TRIPIER Y COLGAJO DE AVANCE PARA DEFECTOS MIXTOS DE PÁRPADO INFERIOR Y MEJILLA: SERIE DE TRES CASOS

L. Martínez Montalvo, O. Al-Wattar Ceballos, F. Moro Bolado, M. Montero García, M. Carmona Rodríguez, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Introducción y objetivo. La reconstrucción de defectos palpebrales tras la resección oncológica es un reto para el dermatólogo por sus peculiaridades anatómicas, consideraciones estéticas, y la función visual. Debido al crecimiento tumoral en ocasiones observamos tumores que ocupan dos subunidades anatómicas, que en caso del párpado inferior supondría la afectación de la mejilla. El objetivo es mostrar esta combinación de colgajos como alternativa reconstructiva para defectos mixtos.

Materiales. Tres casos de reconstrucción de mejilla y párpado inferior tras tumorectomía mediante plastia combinada Tripiery con avance o avance-rotación de mejilla. Se muestran imágenes de la planificación quirúrgica, postoperatorio y durante el seguimiento.

Resultados. Presentamos tres casos en los que se usó una combinación de Tripiery con otros avances para la reconstrucción de los mismos. El primero era un carcinoma basocelular de gran tamaño en mejilla y párpado inferior izquierdo en una paciente de 94 años. El segundo caso, una recidiva de epiteloma basocelular en región malar izquierda que había sido operado en 4 ocasiones, la paciente presentaba un ectropión secundario a estas cirugías, se intervino mediante cirugía micrográfica de Mohs libre al segundo pase. El tercer y último caso se trata de un léntigo maligno en mejilla izquierda. En la primera semana posquirúrgica, en todos los casos se apreció hematoma que se resolvió sin incidencias. El estudio histológico mostró en el primer caso un borde lateral afecto, se decidió seguimiento y en los otros dos márgenes quirúrgicos libres. En el

segundo caso se consiguió la reparación del ectropión. No se produjeron alteraciones funcionales y el resultado final en nuestras tres pacientes fue satisfactorio.

Conclusión. El colgajo combinado Tripiery y avance o avance-rotación es una buena alternativa a los colgajos clásicamente utilizados para la reparación palpebral con buen resultado estético al realizar las incisiones respetando las subunidades anatómicas de párpado y mejilla, reconstruyendo cada unidad facial con la piel donante más adecuada, evitando complicaciones.

P26. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN REGIÓN CILIAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS PRESERVANDO LA ESTÉTICA Y FUNCIONALIDAD

P. Penanes Alonso^a, V.P. Beteta Gorriti^a, M. Espasandín Arias^b, L. Sempau Díaz del Río^c, Á. Viñolas Cuadros^d, D. Ruiz Sánchez^a y L. Palacio Aller^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. ^cServicio de Dermatología. Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Arriendas Asturias. España.

Antecedentes y objetivos. La mayoría de los tumores cutáneos asientan en regiones expuestas, fundamentalmente en cabeza y cuello. En estas, se debe tener en cuenta no solo la intención curativa de la exéresis sino también la obtención de un resultado quirúrgico lo más funcional y estético posible. Dentro de las mencionadas áreas, la región ciliar constituye una subunidad anatómica con una importante función en las interacciones sociales y expresión facial. La preservación de estas constituye un reto para el cirujano dermatológico. El objetivo de esta comunicación es presentar una alternativa reconstructiva.

Métodos. Se presentan dos casos clínicos de tumores cutáneos en región ciliar (carcinoma epidermoide y queratoacantoma) en pacientes de sexo femenino, mostrando la exéresis, el defecto quirúrgico y proponiendo una plastia de avance, ya sea tipo simple o avance en A-T, con trazado intraciliar preservando dicha región.

Resultados. Las plastias de avance con trazado intraciliar realizadas constituyeron una opción reconstructiva útil que preserva la anatomía y función de la región ciliar. En ambos casos se consiguió una extirpación con márgenes quirúrgicos libres de los cánceres cutáneos.

Conclusiones. En la cirugía de la región ciliar por tumores cutáneos, debe primar el interés en la extirpación total de la lesión, especialmente si se trata de oncología cutánea. Sin embargo, debido al importante papel que juegan las cejas en la conformación facial, expresión y comunicación no verbal del ser humano, consideramos importante preservar la morfología y función de estas. Para ello, las plastias de avance con trazado intraciliar, como las presentadas, se sitúan como una alternativa válida que puede incorporarse fácilmente al día a día quirúrgico.

Póster oncología

P27. TFD CON LUZ ROJA Y LUZ DIURNA CON BF-200 ALA PARA QUERATOSIS ACTÍNICA, ENFERMEDAD DE BOWEN Y CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS DESPUÉS DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

E. González-Guerra, A. Conde Taboada, L. Campos Muñoz, A. Sirgado Martínez, A. García Mares, R. Moreno Borque y E. López Bran

Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Los trasplantados renales (TR) se enfrentan a desafíos terapéuticos para tratar el carcinoma basocelular (CB), el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) y las queratosis actínicas (QA). Presentamos los resultados de 8 pacientes TR con dichas patologías tratadas con TFD.

Métodos. Presentamos 8 pacientes TR seguidos entre 2016 y 2023 en el Hospital San Carlos, Madrid. Seis de ellos con QA grado I-II de Olsen, 1 paciente con 8 CB superficiales y 1 paciente con 2 lesiones de enfermedad de Bowen (EB). Se les trató con TFD convencional o luz diurna utilizando gel BF-200 ALA. Se excluyó a otro paciente porque no toleró el tratamiento con TFD convencional para las QA en cuero cabelludo.

Resultados. Se incluyeron 4 hombres y 4 mujeres, con una edad media de $73,75 \pm 6,54$ años con uno o varios trasplantes de riñón realizados entre 1984 y 2019. Todos los pacientes estaban bajo medicación IS. Todos los CBC tratados con TFD mostraron una respuesta completa y sin recurrencia después de 1 año. La EB tratada con TFD obtuvo una respuesta muy buena (mejoría superior al 75%), con recidiva posterior de ambas en 2023. Los resultados para el tratamiento de las QA oscilaron entre muy buena respuesta (AKASI "Actinic Keratosis Area and Severity Index": 75 y 90) y excelente (AKASI entre 90 y 100). El dolor informado estuvo dentro de los rangos ya descritos tanto para la TFD convencional y diurna, sin diferencias significativas. Los efectos adversos no difirieron de los indicados en la literatura para las dos modalidades de TFD y fueron de leves a moderadas y se resolvieron después de unos días o semanas.

El sistema inmunitario desempeña un papel fundamental en la detección y eliminación de las células cancerosas. En pacientes IS esta capacidad se encuentra mermada. Sin embargo, la literatura sugiere que la TFD puede tener un daño directo sobre las células neoplásicas y efectos inmunomoduladores, generando una respuesta anticancerígena más sólida.

Conclusiones. La TFD es una buena opción de tratamiento en los TR, que puede realizar el dermatólogo, el paciente y/o sus cuidadores. Permite tratamientos repetidos y la posibilidad de combinarla con otras modalidades terapéuticas.

P28. ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ANDALUZ DEL USO DE SONIDEGIB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

E. Herrera Ceballos^a, I. Castaño Uragón^a, A. Ruiz de Casas^b, I. Villegas Romero^c, F.G. Moreno Suárez^d, F. Vílchez Márquez^e, M. Galán Gutiérrez^f, C.A. Mochón-Jiménez^f, M.C. Vázquez Bayo^g, S. Cases Mérida^h, F.M. Almazán Fernándezⁱ y R. Ruiz-Villaverdeⁱ

Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ^bHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^cHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ^dComplejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ^eHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^fHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^gHospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. ^hHospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz. ⁱHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El carcinoma basocelular localmente avanzado (CBC-LA) se define de forma general, como aquel CBC en el que hay confirmación radiológica de invasión de determinadas estructuras vecinas en profundidad y también probablemente aquel CBC de un tamaño e invasión suficientes (aunque no exista demostración radiológica de invasión en profundidad) en el que la cirugía y la radioterapia no son adecuadas, son insuficientes o están contraindicadas para lograr la curación del tumor, ya sea por características del propio tumor o del paciente. Sonidegib está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma basocelular localmente

avanzado que no es susceptible de cirugía curativa ni de radioterapia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, multicéntrico y descriptivo en 9 centros de Andalucía. Se incluyeron pacientes tratados con sonidegib durante > 3 meses por CBC localmente avanzado desde el 1 de enero de 2021 hasta el 1 de enero de 2023. Se recogieron datos epidemiológicos, de eficacia y de seguridad.

Resultados. En el presente estudio se incluyeron un total de 38 pacientes, con una mediana de edad de 76,23 años (rango 40-101). En nuestra serie se contabilizaron 16 varones (42,10%) y 22 mujeres (57,90%). El tratamiento previo fue la cirugía (31,57%; n = 25), radioterapia (15,78%; n = 6), vismodegib (31,57%; n = 12). Once pacientes no habían recibido tratamiento previo. Todos los CBC-LA están localizados en el polo cefálico, cara o cuero cabelludo. Se consideró que hubo respuesta total en 9/38 pacientes (23,7%), respuesta parcial en 25/38 pacientes (65,8%) y ausencia de respuesta en 4 pacientes (10,52%). En 6/34 pacientes se produjo una reducción de la dosis a 200 mg a días alternos hasta su suspensión por efectos adversos. Los principales efectos adversos comunicados fueron disgeusia (n = 8), astenia (n = 6), espasmos musculares (n = 6), alopecia (n = 4) e intolerancia gastrointestinal (n = 4).

Discusión. Sonidegib, es el segundo inhibidor de la vía hedgehog autorizado para el tratamiento de pacientes adultos con CBC localmente avanzado que no son susceptibles de cirugía curativa ni radioterapia, en base a los resultados del ensayo clínico fase II, BOLT. El sonidegib muestra una buena efectividad y un perfil de seguridad aceptable en la práctica clínica habitual en la muestra presentada.

P29. CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL: RESPUESTA CLÍNICA E HISTOLÓGICA A TIRBANIBULINA AL 1%

M. Finello, D. Blaya Imbernón, C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, A. Grau Echevarría, J. Lorca Spröhnle, A. Pérez Ferriols y P. Hernández Bel

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma basocelular superficial (CBCS), es un tumor cutáneo común originado en las capas basales de epidermis y anexos, caracterizado por su crecimiento horizontal. Es más prevalente en pacientes jóvenes y puede asociar múltiples lesiones. Los tratamientos tradicionales incluyen cirugía, imiquimod y terapia fotodinámica, con una tasa de respuesta del 80% a las 12 semanas a tratamientos no quirúrgicos. La tirbanibulina es un inhibidor de tubulina y kinasas Src indicado en queratosis actínica no hipertrófica. Tiene reportes de eficacia en otras afecciones cutáneas como en un caso de enfermedad Bowen y un caso de CBCS refractario a otras terapias.

Métodos. Realizamos un estudio de serie de casos en adultos con CBCS primario que fueron tratados con tirbanibulina al 1% tópica durante 5 días en área de 25 cm². Se realizó un seguimiento durante al menos 8 semanas para evaluar la eficacia del tratamiento. Se valoró la respuesta clínica, dermatoscópica y en algunos casos, histológica de las lesiones.

Resultados. La muestra incluyó a 8 pacientes de los cuales 5 fueron mujeres y la edad promedio fue de 60,13 años, con un rango de 58 a 79 años. Se analizaron un total de 11 CBCS. El tamaño promedio de las lesiones fue de 371 mm². La distribución de las mismas fue la siguiente: 1 en cuero cabelludo, 1 en cara, 7 en tronco y 2 en extremidades. Tras 8 semanas, 3 lesiones mostraron remisión clínica completa (2 con biopsia de confirmación en curso). No hubo interrupciones por eventos adversos. Las reacciones inflamatorias locales se observaron alrededor de 1-2 semanas postratamiento fueron similares a las observadas en la práctica clínica habitual con imiquimod. El resto de las lesiones está pendiente de seguimiento (estipulado para la primera semana de octubre).

Discusión. Estos resultados sugieren que la tirbanibulina podría ser una opción eficaz y segura en el tratamiento del CBCS, aunque se necesitan más datos para confirmar su utilidad.

P30. CARCINOMA BASOCELULAR GIGANTE: SONIDEGIB NEOADYUVANTE Y CIRUGÍA CON CONTROL MICROGRÁFICO

J. Simon Griffiths Acha^a, S. Sanz Medrano^b, S. Asensio Ramos^b, G. Dradi^a, M. Menéndez Sánchez^a, D. de la Vega Ruiz^a, S. de Benito Mendieta^a, A. Méndez Valdés^a, J. Buendía Pérez^a y J.L. López Esteban^a

^aDermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. ^bCirugía Plástica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor cutáneo maligno más común. Se denominan gigantes a los mayores a 5 cm de diámetro y supergigantes si son más de 20 cm. Ante lesiones localmente avanzadas, donde la cirugía es inviable, se puede optar por los inhibidores de hedgehog en esquema de neoadyuvancia para reducir la extensión de la intervención y mejorar su éxito.

Caso clínico. Mujer de 56 años que consultó por una lesión de más de 26 años de evolución, con sangrado de reciente inicio. Presentaba una úlcera endofítica de 26 x 20 cm en espalda, de bordes sobre-elevados y friables, sangrado superficial y exudación seropurulenta. Dos biopsias confirmaron un CBC infiltrativo. Un TAC toracoabdominal excluyó metástasis y mostró invasión hasta la fascia muscular. Las pruebas complementarias revelaron una anemia microcítica hipocrómica y reactantes inflamatorios elevados. Tras la valoración en comité oncológico, se inició sonidegib 200 mg/día para reducir la masa tumoral antes de considerar una cirugía. Tras 12 meses de neoadyuvancia, sin presentar efectos adversos, se redujo cerca del 50% del tumor, con reemplazo de los bordes por tejido cicatricial. Además, el sangrado se detuvo y la anemia se resolvió. Esto permitió una intervención quirúrgica con control de márgenes micrográficos intraoperatorios, revelando ausencia de infiltración neoplásica en los bordes de los tejidos remitidos. El defecto se reparó con un injerto cutáneo de grosor parcial enmallado en 1:3 proveniente de muslo, logrando que el 100% prendiera mediante apósito vaselinado, mupirocina y terapia de presión negativa (VAC) que se mantuvo por 7 días.

Discusión y conclusión. Los CBC presentan mutaciones que activan la vía hedgehog, ligada a una proliferación incontrolada. Inhibidores como sonidegib y vismodegib ofrecen una opción terapéutica valiosa en CBC localmente avanzados. Los ensayos clínicos muestran respuestas en 43% a 58% de los pacientes. No obstante, la suspensión de estos fármacos (o el surgimiento de resistencias debido a mutaciones adicionales) disminuyen sus beneficios, sugiriendo un efecto más supresor que curativo. Por este motivo, resultan valiosos en el ámbito de la neoadyuvancia. Su uso puede extenderse hasta que la respuesta de reducción tumoral se establezca para así realizar cirugías de menor morbilidad y mayor potencial curativo, como se evidencia en el caso presentado.

P31. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CON DIFERENCIACIÓN TIPO CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO. UNA ENTIDAD INUSUAL A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Á. Aguado Vázquez^a, P. Pose Lapausa^b, J.M. Sánchez Motilla^a, C. Alonso Díez^a, P. Villodre Lozano^a, I. Blay Simón^a y A. Mateu Puchades^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Caso clínico. Una mujer de 84 años fue remitida a dermatología por presentar en mentón una placa indurada con pústulas en superficie alcanzando labio inferior de 1 año de evolución. Se realizó una biopsia en huso para estudio histológico, bacteriológico y fúngico bajo el diagnóstico diferencial de posible neoplasia (carcinoma epidermoide o carcinoma anexial microquístico) o infección profunda bacteriana o fúngica. La biopsia fue compatible con carcinoma infiltrante de células escamosas esclerosante, con invasión perineural multifocal simulando un carcinoma anexial microquístico, EMA -, CEA +. Los estudios microbiológicos fueron negativos.

En el estudio mediante RMN se evidenció afectación de tejido celular subcutáneo y musculatura del mentón con captación y erosión ósea afectando a reborde alveolar del cuerpo mandibular y extensión hasta la superficie ventral de la vertiente izquierda de la lengua. El estudio de extensión demostró ausencia de enfermedad a distancia.

Discusión. La diferenciación entre carcinoma epidermoide (CE) y CAM puede ser en algunos casos difícil, tanto clínica como histológicamente. El CAM se caracteriza por presentar quistes rellenos de queratina, nidos y cordones de células basaloides y/o escamosas formando estructuras ductales con un estroma desmoplásico. En raras ocasiones el CE se presenta con una morfología inusual con focal diferenciación tipo CAM, presentando un patrón infiltrativo de células atípicas formando cordones, nidos y micronódulos con estructuras similares a ductos de forma focal en un estroma desmoplásico reactivo. La principal diferencia entre ambas entidades es que, a pesar de que el MAC es un tumor invasivo, la celularidad presenta escasa atipia citológica con ausencia o raras mitosis y necrosis celular, mientras que en el carcinoma epidermoide existe una atipia moderada-severa con variable actividad mitótica y necrosis tumoral. En cortes seriados se puede identificar además un componente in situ de CE.

Conclusiones. El carcinoma epidermoide con diferenciación tipo carcinoma anexial microquístico es una entidad extremadamente infrecuente pero que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales clínicamente compatibles con carcinoma anexial microquístico. En el diagnóstico diferencial es clave la presencia de crecimiento bifásico y la atipia celular.

P32. AL ACECHO DEL CARCINOMA ESPINOCELULAR AGRESIVO EN UN PACIENTE TRATADO CON RUXOLITINIB

C. Llamas Segura, F.M. Almazán Fernández, M. Gálvez Moreno, M. Cebolla Verdugo, J.P. Velasco Amador, A. Gil Villalba, M.D. Pegalajar García y R. Ruiz Villaverde

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. Ruxolitinib (RUX) es un fármaco que pertenece al grupo de inhibidores de quinasas asociadas a Janus (JAK). Concretamente, RUX actúa impidiendo la activación de JAK 1 y 2, implicadas en la patogenia de enfermedades hematológicas crónicas como son la mielofibrosis y la policitemia vera (PV). Al igual que con otros inmunomoduladores, se ha observado un incremento en la tasa de tumores cutáneos asociados a su uso. Presentamos un caso de cáncer de piel no melanoma múltiple asociado al tratamiento con RUX. **Caso clínico.** Varón de 63 años con antecedente de PV diagnosticada en 2008, en tratamiento con hidroxiurea (HU) desde 2010 y RUX desde 2017. En 2020, se diagnosticó de un carcinoma basocelular (CBC) en la espalda. En 2022, se descubrió un carcinoma espinocelular (CEC) in situ en región auricular derecha. A comienzos de 2023 se ha intervenido mediante cirugía de Mohs de un CBC esclerodermiforme infiltrante en sien izquierda y de un CEC infiltrante ulcerado moderadamente diferenciado en ápex nasal. En junio de 2023 ha sido diagnosticado mediante biopsia de CEC infiltrante moderadamente diferenciado a nivel frontal, de rápido crecimiento.

Discusión. Desde 2010 se ha ido aprobando el uso de un nuevo fármaco, RUX, para el tratamiento de mielofibrosis y PV. DePry et al. afirman que el estado de inmunodepresión farmacológica favorece especialmente la aparición de tumores cutáneos. Greif et al. hacen referencia a varios casos de CEC agresivos secundarios al tratamiento con RUX. Lin et al. van más allá refiriendo que el riesgo a desarrollar CCNM, especialmente CEC, en pacientes tratados con RUX a largo plazo es 2 veces mayor que el de la población general. Por lo tanto, se plantea que existe un riesgo aumentado de sufrir CCNM en pacientes tratados con RUX y se asocia particularmente a CEC agresivos y metastásicos, con resistencia a tratamiento sistémico quimio e inmunoterápico, como indican Gambichler et al. Pese a ello, Polverelli et al. refieren que la mayoría de los hematólogos, valorando el riesgo beneficio del tratamiento inmunomodulador, deciden mantener el tratamiento con RUX. En la mayoría de los artículos revisados, hacen hincapié en la importancia de un seguimiento dermatológico exhaustivo para la detección y manejo terapéutico precoz de estos tumores en pacientes que comienzan con este fármaco.

P33. LESIÓN NODULAR DE RÁPIDO CRECIMIENTO: UN TUMOR INFRECUENTE Y MUY AGRESIVO

J.F. Orts Paco, J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, J. Ruiz Martínez, J. Navarro Pascual, M. I. Úbeda Clemente, E. Cutillas Marco, C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez y M.E. Giménez Cortés

Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La aparición de una lesión nodular localizada en región de cabeza y cuello con rápido crecimiento y sangrado debe motivar su extirpación quirúrgica inmediata.

Caso clínico. Varón de 82 años sin antecedentes de interés que consultaba por la aparición de lesión en región frontal izquierda de un mes de evolución, con crecimiento muy rápido y sangrado espontáneo. A la exploración física presentaba una lesión excrescente de color violáceo de 2 x 2 cm en región frontal izquierda con una zona central ulcerada. La lesión era móvil al tacto y presentaba una base infiltrada. No se palpaban adenopatías locorregionales. Se realizó ecografía cutánea que evidenció una lesión nodular de 17 x 17 mm de bordes mal delimitados, con múltiples tractos hiperecogénicos en su interior, algunos con crecimiento en profundidad, con doppler muy positivo. Se planteó diagnóstico diferencial entre tumor de células de Merkel, angiosarcoma o melanoma nodular. Se extirpó la lesión realizándose un injerto de piel total para reconstruir el defecto resultante. El estudio anatomopatológico puso de manifiesto un tumor de células de Merkel con profundidad de invasión de 13 mm, que infiltraba tejido celular subcutáneo y músculo estriado y presentaba invasión vascular y perineural. Se solicitó una tomografía computarizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis que mostró nódulos pulmonares bilaterales altamente sospechosos de metástasis, lesiones óseas escleróticas/osteoblásticas en pelvis (de predominio en hemipelvis derecha) y en cuerpo vertebral de L5 con afectación de elementos posteriores, dentro del contexto sospechoso de metástasis. Fue valorado por oncología que propuso tratamiento con avelumab como tratamiento de primera línea. Finalmente, optó por cuidados paliativos.

Discusión. El carcinoma de células de Merkel es una proliferación de células altamente anaplásicas con predilección por la región de la cabeza y el cuello en personas de edad avanzada y suele presentarse como un nódulo solitario de rápido crecimiento. A nivel histológico, está compuesto por células azules redondas y pequeñas con alta tasa mitótica, focos de necrosis y positividad a CK20. Su comportamiento es muy agresivo con un pronóstico infausto en su forma metastásica. Para las formas metastásicas se puede usar

Avelumab, un anticuerpo anti-PD-L1 con tasas de respuesta en torno al 60% y generalmente bien tolerado.

P34. EVALUACIÓN DEL EFECTO BIOLÓGICO SOBRE LA REPARACIÓN DEL ADN EN QUERATOSIS ACTÍNICAS, CON UN FOTOPROTECTOR DE AMPLIO ESPECTRO CON NIACINAMIDA Y PANTENOL, POR TÉCNICAS DE SECUENCIACIÓN DE ARN

J. Malvehy^a, T. Torres Moral^a, G. Tell-Martí^a, N. Calbet-Llopart^a, L. Prieto^b y S. Puig^a

^aHospital Clínic. Barcelona. ^bLaboratorio Dermatológico La Roche-Posay. L'Oréal. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos del estudio. La nicotinamida (NAM) es un precursor del dinucleótido de nicotinamida y adenina. La aplicación tópica previene la inmunosupresión y la apoptosis inducidas por los rayos UV, aumenta la producción de adenosin trifosfato (ATP), la actividad del ciclo celular y la reparación del ADN. El objetivo del estudio es determinar el efecto reparador del ADN de un fotoprotector de amplio espectro, con NAM y pantenol, en las queratosis actínicas (QA) y el campo de cancerización (CC).

Métodos. Se incluyeron 16 pacientes hombres (edad 50-70 años), y se les aplicó el fotoprotector dos veces al día durante 2 meses. Se realizaron biopsias antes y después del tratamiento para extraer y secuenciar el ARN. Se comparó la expresión diferencial antes y después del tratamiento de los tres grupos de muestras: todas ellas, las de QA, y las de CC. A continuación se realizaron análisis de vías biológicas sobre los genes con expresión diferencial significativa (GED, $p < 0,05$).

Resultados. Se encontraron 128 GEDs (FDR p -valor $< 0,05$) en el análisis de todas las muestras, 1555 en el de las QA y 40 en el de las muestras de CC. El análisis de las vías mostró 30 vías infraexpresadas tras el tratamiento en QA, y 4 en CC. Los tipos de vías en ambos análisis se relacionan con el ciclo celular, la homeostasis de la glucosa y las vías del cáncer. En QA también se relacionan con la contracción muscular, la apoptosis, las vías de señalización de p53, la comunicación celular y los proteoglicanos en cáncer, entre otras. En las muestras de CC, las vías infraexpresadas son la vía de señalización de las neurotrofinas, las vías del cáncer, el ciclo celular y la vía de señalización de receptores activados por proliferadores peroxisómicos (PPAR).

Conclusiones. Este estudio demuestra que un fotoprotector de amplio espectro con NAM y pantenol produce cambios en la piel con QA y CC, siendo los cambios más significativos en la QA. Los resultados respaldan que NAM es una buena candidata para la quimioprevención contra el cáncer mostrando que produce una restauración, al menos parcial, de las vías moleculares carcinogénicas. Esto coincide con otros estudios preclínicos y clínicos, aunque aún se necesitan más estudios para demostrar su efectividad de la aplicación tópica de NAM como agente anticancerígeno contra el cáncer de piel.

P35. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL MELANOMA EN LOS PACIENTES SUPERMAYORES (≥ 75 AÑOS)

J.M. Morón Ocaña^a, I.M. Coronel Pérez^a, A.I. Lorente Lavirgen^a, V. Linares López^a, C.V. Almeida González^a y A. Pérez Gil^a

^aDermatología. ^bUnidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Antecedentes. El número de personas mayores de 75 años (también llamados supermayores) se cuadruplicará en 2050. Aunque actualmente alrededor de la mitad de los melanomas se producen en ≥ 65 años, con el aumento de la esperanza de vida se espera que este porcentaje aumente en las próximas décadas.

Métodos y objetivos. Estudio descriptivo retrospectivo analizando las variables clínicas, histológicas y de manejo terapéutico de los supermayores con melanoma cutáneo primario atendidos en nuestra área entre 2007 y 2022, comparándolas con los datos de los mayores de 65 años con el objetivo de determinar si las características de los mayores de 65 se acentúan más a mayor edad.

Resultados. En los pacientes supermayores el tamaño de la lesión y el índice de Breslow mostraban valores superiores (1,45 vs. 1,3 cm y 0,73 vs. 0,57 mm respectivamente). Al aumentar la edad, el melanoma de extensión superficial seguía siendo el tipo histológico más frecuente, pero su porcentaje era menor (38,6% vs. 43,4%), a expensas del aumento de los subtipos lentigo maligno melanoma (38,6% vs. 35%) y melanoma acral (7,1% vs. 5,6%). El porcentaje de regresión y ulceración se mantuvieron iguales en los dos grupos (18 y 37% respectivamente), así como su localización, aumentando ligeramente aquellos situados en cabeza y cuello (40% vs. 37,8%). En los ≥ 75 años disminuyeron los melanomas asociados a nevos (18,8% vs. 21,3%) y aumentó la proporción de metástasis en tránsito (11,4% vs. 7,7%) y metástasis a distancia (7,1% vs. 4,9%). El aumento de la edad se asoció con la no realización (a pesar de estar indicado) de la ampliación de márgenes (35,3% vs. 28,4%) y del ganglio centinela (25,7 vs. 17,6%), así como con no recibir tratamiento adyuvante (17,1% vs. 11,9%). Con respecto al estadio clínico inicial, se observó un aumento de estadios avanzados a expensas del estadio II (20,9 vs. 16,4%).

Conclusión. El melanoma presenta diferente forma de presentación, pronóstico y manejo terapéutico en el paciente mayor, acentuándose estas características conforme avanza la edad. El tratamiento del melanoma en personas ≥ 75 años puede implicar una toma de decisiones compleja y se está convirtiendo en un verdadero reto de salud pública a medida que la población envejece.

P36. CAMBIOS INFLAMATORIOS PERSISTENTES EN PACIENTE CON MÚLTIPLES QUERATOSIS ACTÍNICAS SIMULANDO UNA FOTODERMATOSIS

N. Manzanares Oliver y R. M. Pujol

Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción. El desarrollo de cambios inflamatorios en las queratosis actínicas es un fenómeno relativamente frecuente. Suele observarse en lesiones aisladas como consecuencia de un fenómeno de respuesta inmunológica citotóxica frente las células neoplásicas y se caracteriza histopatológicamente por una reacción inflamatoria liquenoide (queratosis actínica liquenoide).

Caso clínico. Varón de 54 años que consultaba por la aparición súbita y espontánea de pápulas y placas eritematodescamativas pruriginosas en cara, cuello y escote. Se estableció un diagnóstico diferencial entre erupciones fotolocalizadas (lupus eritematoso cutáneo, reacciones fotoalérgicas, enfermedad de Grover) y pénfigo foliáceo. El estudio histológico reveló cambios de queratosis actínica, con espongirosis, ocasionales queratinocitos necróticos y un denso infiltrado linfocitario dérmico con ocasionales eosinófilos. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Las determinaciones analíticas no revelaron alteraciones. Distintas tentativas terapéuticas iniciales con corticoides orales y acitretino no fueron eficaces. Las lesiones se resolvieron tras un tratamiento secuencial con 5-fluorouracilo y terapia fotodinámica. **Conclusiones.** La inflamación de queratosis actínicas es frecuente en pacientes tratados con imiquimod o 5-fluorouracilo tópico. Distintos agentes quimioterapéuticos se han asociado asimismo con el desarrollo de cambios inflamatorios en lesiones preexistentes o incluso no detectadas de queratosis actínicas incluyendo 5-fluorouracilo, docetaxel, doxorubicina, capecitabina, pentostatina, cis-platino, fludarabina, la combinación de citarabina y 6-tioguanina, y de forma menos frecuente inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico, panutumumab, sorafenib, erlotinib, nilotinib o afatinib. El desarrollo eruptivo y espontáneo de queratosis actínicas inflamato-

rias y persistentes simulando una fotodermatosis representa una observación excepcional que muy probablemente debería incluirse dentro del espectro de las queratosis liquenoides benignas múltiples. Sin embargo, la aparición eruptiva de las lesiones, la presencia de infiltrados linfocitarios ricos en eosinófilos, y el carácter persistente de las lesiones muestra algunas características comunes a las descritas en las formas inflamatorias de poroqueratosis (poroqueratosis papular eruptiva pruriginosa).

P37. MELANOMA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GERMANS TRIAS Y PUJOL: DE LA SOSPECHA CLÍNICA EN EL ESTUDIO GENÉTICO

C. Alcoverro Godoy^a, C. Castillo Manzano^b, I. Teruel García^b, N. Richarz^c, E. Prat Colilles^c, M. Martínez Molina^c, J.J. Lluch-Galcerà^c, J.M. Carrascosa^c, J.M. Brunet Vidal^d y A. Boada García^c

^aDermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ^bICO Badalona. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ^cHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^dICO Girona. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. España.

Introducción. El melanoma cutáneo es una neoplasia maligna de piel que representa el 10% de los cánceres cutáneos, pero que es responsable de más del 90% de las muertes por esta causa. El 15% de los casos se presenta en individuos con antecedentes familiares, y algunos de estos tienen mutaciones genéticas específicas asociadas con melanoma donde destacan CDKN2A, CDK4, TERT, ACD, TERF2IP, POT1, MITF, MC1R y BAP1. También se ha relacionado con mutaciones a PTEN, BRCA2, BRCA1, RB1 y TP53 (síndromes de neoplasias hereditarias).

Métodos. Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Obtuvimos los datos de los pacientes estudiados en la unidad de consejo genético del Instituto Catalán de Oncología de Badalona derivados por sospecha de melanoma familiar, entre enero de 2007 y mayo de 2023. Se estudiaron los genes BAP1, BRCA1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MITF(E318K), MLH1, MSH2, MSH6, POT1. Las mutaciones identificadas se clasificaron según las recomendaciones de la American College of Medical Genetics and Genomics.

Resultados. Analizamos los datos de 7781 individuos de 5460 familias atendidas. Del total de familias, se identificaron 8 con antecedentes de melanoma (11 pacientes) y portadoras de una mutación asociada a predisposición de neoplasia maligna. Tres, presentaban mutaciones en el gen CDKN2A con penetrancias comprendidas entre el 50% y el 100%. Dos, en BRCA2 con penetrancias comprendidas entre el 16,7% y el 33%. Una familia, a BRCA1 con penetrancia del 33%, una a ATM con penetrancia no calculable, y otra en MSH2 con penetrancia del 12,5%.

Conclusiones. La identificación de mutaciones genéticas en familias con antecedentes de melanoma cutáneo es fundamental para el diagnóstico temprano y el consejo genético. Este estudio proporciona información sobre las características de las familias afectadas por melanoma familiar en el área sanitaria que cubre la Unidad de Melanoma del Hospital Hermanos Trias y Pujol.

P38. EVALUACIÓN DEL EFECTO BIOLÓGICO DE UN FOTOPROTECTOR DE AMPLIO ESPECTRO, CON NICOTINAMIDA Y D-PANTENOL, EN LA REPARACIÓN DEL DAÑO EN EL ADN, USANDO TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE CAMPO LINEAL 3D

J. Pérez Anker^a, B. Alejo^a, P. Iglesias^a, P. Rosés Gibert^a, V. Berot^b, C. Cano^c, E. Cinotti^d, V. del Marmol^e, M. Fontaine^c, M. Miyamoto^c, J. Monnier^e, J. Luc Perrot^b, P. Rubegni^f, L. Tognetti^f, M. Suppa^e, D. Kerob^a, A.L. Demessant-Falvigny^a, M.L. Prieto Cabezas^a, J. Malveyh Guilera^a y S. Puig Sardá^a

^aDpto. Dermatología. Unidad de Melanoma. Hospital Clínic. Barcelona. España. ^bDpt. Dermatology. University Hospital of Saint-Etienne. SAINT-ETIENNE (Pays de la Loire) - Francia. ^cDpto. Dermatología. Hospital Erasme. Universidad Libre de Bruselas. Bruselas (Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Bélgica. ^dDpto. Ciencias Médicas, Quirúrgicas y Neurológicas. Unidad Dermatología. Universidad de Siena. Siena. Toscana. Italia. ^eDpto. Dermatología. Universidad Aix-Marseille. Marsella (Provence-Alpes-Cote d'Azur) Francia. ^fDpto. Dermatología. Universidad de Siena. Siena. Toscana. Italia. ^gLa Roche-Posay Laboratoire Dermatologique. L'oréal Dermatological Beauty. Paris. (Ile-de-France). Francia. ^hLa Roche-Posay Laboratorio Dermatológico. L'oreal Dermatological Beauty. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos del estudio. El daño extenso del ADN puede conducir al agotamiento de NAD (nicotinamida adenina dinucleótido), fuente de energía celular. La nicotinamida, precursor del NAD, puede proteger contra el fotodaño, aumentando la producción de ATP, y mejorar la reparación del ADN. Un fotoprotector de amplio espectro, con nicotinamida y pantenol, puede ayudar a revertir el daño solar crónico del ADN de la piel y mejorar la estructura morfológica de la piel y los núcleos de queratinocitos.

Objetivo. Determinar el efecto biológico del fotoprotector, con un análisis "in vivo" de la piel por medio de tomografía de coherencia óptica de campo lineal 3D (LC-OCT).

Métodos. Estudio prospectivo, 19 pacientes de 50-70 años, con queratosis actínicas (QA) y queratosis actínicas subclínicas (QAS). Se comparan las imágenes realizadas con LC-OCT antes y después de ocho semanas de tratamiento, y el análisis de queratinocitos.

Resultados. Antes del tratamiento, la epidermis y el estrato córneo son significativamente más gruesos en las QA que en las QAS (+139% y +51% respectivamente). En el análisis de queratinocitos, el número medio de capas es mayor para la QA que para la QAS (+11%) y la puntuación de atipia es significativamente mayor para la QA que para la QAS (+16%). Además, los núcleos de queratinocitos de QA tienen mayor volumen (+9%), más variabilidad (+19%) y citoplasma más grande (+23%). La unión dermoepidérmica (UDE) es más ondulada para en QA que en QAS (+375%). La epidermis es significativamente más delgada en la QA después de ocho semanas de tratamiento que antes del tratamiento (-13%), con disminución significativa en el número de capas (-32%). En el análisis de queratinocitos en las QAS, el volumen promedio de los núcleos de los queratinocitos disminuye ligeramente (-4,3%) con una menor variabilidad (-8,8%).

Conclusiones. Un fotoprotector de amplio espectro UVB-UVA con nicotinamida y pantenol podría producir un efecto biológico positivo en la estructura de la epidermis de QA y en los núcleos de queratinocitos de QAS. La epidermis es significativamente más delgada después del tratamiento en QA, pero solo apreciamos una tendencia a la mejoría respecto a volumen y variabilidad de queratinocitos en las QAS. Puede deberse al número de pacientes de este estudio. Por lo tanto, se deben realizar más estudios con un mayor número de pacientes.

P39. EVALUACIÓN POR INMUNOHISTOQUÍMICA, DEL EFECTO BIOLÓGICO DE UN FOTOPROTECTOR DE AMPLIO ESPECTRO CON NIACINAMIDA Y D-PANTENOL, SOBRE LA REPARACIÓN DEL ADN EN QUERATOSIS ACTÍNICAS Y QUERATOSIS ACTÍNICAS SUBCLÍNICAS

P. Rosés Gibert^a, G. Tell^a, J. Mateu^a, J. Pérez Anker^a, B. Alejo^a, P. Iglesias^a, J. Malveyh^a, D. Kerob^b, C. Le Floc'h^b, M.L. Prieto Cabezas^c y Susana Puig^a

^aDpto. Dermatología. Unidad de Melanoma. Hospital Clínic, Barcelona. ^bLa Roche-Posay Laboratoire Dermatologique. L'oréal Dermatological Beauty. Paris (Ile-de-France). Francia. ^cLa Roche-Posay Laboratorio Dermatológico. L'oreal Dermatological Beauty. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Uno de los mecanismos por los que la niacinamida puede proteger frente al fotodaño es aumentar la producción de ATP, que mejora la reparación del ADN. El objetivo del estudio es determinar por inmunohistoquímica el efecto biológico de un fotoprotector de amplio espectro con niacinamida y D-pantenol en la reparación del daño del ADN.

Métodos. Estudio prospectivo en el cual se incluyeron 12 pacientes entre 50 y 70 años. En cada paciente se seleccionaron 2 queratosis actínicas (QA) y 2 queratosis actínicas subclínicas (QAS). En la visita inicial se biopsiaron 1 QA y una QAS. Posteriormente se aplicó el fotoprotector con niacinamida y D-pantenol durante 8 semanas sobre la QA y la QAS. En la visita final, después de 8 semanas, se biopsiaron tanto la QA como la QAS en las que se había aplicado el fotoprotector. En el laboratorio de dermatopatología se procesaron las muestras y se aplicaron técnicas específicas de inmunohistoquímica para determinar el efecto biológico del fotoprotector sobre la reparación del daño en el ADN (midiendo la presencia de 6-4 PD e indirectamente midiendo la expresión de p53, p21, PCNA y dímeros de timina). Con estas tinciones se realizaron comparaciones directas y se evaluaron el número de núcleos positivos y altamente positivos en una región de 50 núcleos entre QA y QAS antes y después del tratamiento.

Resultados. Observamos diferencias significativas antes y después del tratamiento en la expresión de p21, en QA y QAS, tanto en los núcleos positivos, como en los altamente positivos. Respecto a los dímeros de timina, observamos una disminución significativa de los DIMITIM antes y después del tratamiento en los núcleos altamente positivos, tanto de QA como de QAS.

Conclusiones. Un fotoprotector de amplio espectro UVB-UVA que contiene niacinamida y D-pantenol ha demostrado una mejoría sobre los núcleos celulares en la expresión de p21 y DIMITIM, por medio de técnicas de inmunohistoquímica. Por lo tanto, este fotoprotector con niacinamida y pantenol podría ayudar a revertir el daño solar crónico en el ADN de las células de la piel de pacientes con fotodaño.

P40. METÁSTASIS IATROGÉNICA EN ZONA DONANTE DE INJERTO: UN INTERCAMBIO INESPERADO

D. Blaya Imbernón^a, M. Finello^a, R. Peñuelas Leal^a, C. Labrandero Hoyos^a, A. Grau Echevarría^a, J. Lorca Spröhnle^a, E. Pérez Zafrilla^a, Á. González García^a, J.Á. García García^b y P. Hernández Bel^a

^aServicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. ^bServicio de Anatomía Patológica. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Presentamos el caso de un varón de 91 años que desarrolló una lesión en la zona donante de un injerto cutáneo, 7 meses después de la extirpación de un carcinoma epidermoide en el cuero cabelludo. La evaluación histológica reveló que la nueva lesión compartía las mismas características histológicas que el tumor primario, lo que sugiere la posibilidad de una metástasis iatrogénica por implantación durante el procedimiento quirúrgico. Esta situación plantea la importancia de tomar precauciones meticulosas en procedimientos en pacientes con tumores de alto riesgo, minimizando la exposición del material quirúrgico compartido entre la extirpación tumoral y la toma del injerto.

La detección temprana y la prevención son fundamentales para abordar el riesgo de metástasis iatrogénica y mejorar los resultados del tratamiento. Además, enfatizamos la importancia del seguimiento cercano de los pacientes después de la cirugía para detectar posibles complicaciones. Este caso subraya los desafíos en la dermatología oncológica y la importancia de una atención vigilante en pacientes con tumores cutáneos.

P41. CARCINOMA ESPINOCELULAR ESCROTAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

V. García Rodríguez^a, G. Melé Ninot^a, J. Ceravalls Sánchez^a, L. Armillas Lliteras^a, M. Fernández Figueras^b y M. Salleras Redonnet^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona). ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Introducción. El carcinoma escamoso escrotal (CEe) es una neoplasia rara, con una incidencia de 1 por millón de varones-año. No existen guías clínicas para su manejo, por lo que la aproximación diagnóstico-terapéutica viene extrapolada de las guías del carcinoma espinocelular peneano.

Caso clínico. Presentamos un varón de 72 años sin AMC, exfumador, con antecedentes de HTA, LES con afectación renal y neurológica, cáncer cutáneo melanoma y no melanoma. Presentaba un nódulo escrotal izquierdo infiltrado y ulcerado de 6 semanas de evolución. Se realizó una exéresis quirúrgica y el estudio histológico confirmó el diagnóstico de CEe infiltrante pT3 con márgenes libres. La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) evidenció invasión de un vaso linfático capsular púbico derecho, sin otros hallazgos en el estudio de extensión. Actualmente el paciente sigue controles clínicos y radiológicos por Oncología, dadas sus múltiples comorbilidades.

Discusión. El CEe supone la neoplasia escrotal más frecuente y la que se asocia a menor supervivencia. Fue la primera dermatosis profesional, descrita en 1775, donde se postuló su relación con la exposición al hollín. También se han descrito otros agentes implicados como la fototerapia con psoralenos, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, la higiene inadecuada, agentes irritantes y, de manera controvertida, el virus del papiloma humano. Sin embargo, nuestro paciente no presentaba antecedentes ocupacionales relevantes. Las recomendaciones terapéuticas del CEe se basan en series de casos. El manejo más aceptado con la menor morbilidad incluye la exéresis quirúrgica con márgenes, la BSGC y técnicas de imagen como TC y PET-TC para detectar metástasis a distancia.

Conclusiones. Presentamos un caso de CEe con afectación locorregional. Falta evidencia robusta para el manejo de esta patología. La exéresis y el despistaje de diseminación oculta regional y a distancia continúan siendo los pilares fundamentales actualmente. Son indispensables un seguimiento clínico y radiológico estrictos, así como un abordaje interdisciplinar.

P42. METÁSTASIS CUTÁNEA TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Aranda Sánchez, E.R. Martínez Lorenzo, B.A. Gómez Dorado, M.V. Signes-Costa Smith, M. Cotarelo Hernández, C. Romera de Blas, M.J. Carrera Hernández, J.J. Amorós Oliva, P. Blázquez Pérez, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo y C. Pérez Hortet

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Las metástasis cutáneas de origen visceral son una manifestación poco frecuente apareciendo del 0,7 al 9% de los pacientes con neoplasias internas. El cáncer de mama en la mujer, el de pulmón en el varón y los adenocarcinomas digestivos, son las neoplasias que mayor número de metástasis cutáneas originan coincidiendo con su frecuencia poblacional. La localización más frecuente es próxima al tumor primario, presentándose como nódulos de rápido crecimiento, móviles y de consistencia firme o elástica. En el caso del cuero cabelludo es el cáncer de mama, pulmón y riñón los que metastatizan con más frecuencia. Presentamos el caso de una mujer de 73 años derivada a nuestro servicio por la presencia de una lesión en cuero cabel-

ludo, con base inflamatoria, de meses de evolución. Como antecedentes personales destacaba la presencia de un carcinoma papilar tiroideo pobremente diferenciado en estadio T3aN1aM0 tratado con cirugía 6 meses antes. Clínicamente se trataba de una lesión localizada en la línea de implantación del cuero cabelludo frontal, elástica, móvil, bien delimitada, de un centímetro de diámetro. Caracterizada mediante ecografía cutánea como lesión bien delimitada, homogénea, hipocóica, de bordes lisos y Doppler negativo. Con la sospecha de lesión quística, se realizó exéresis de la lesión y tras su análisis histológico se diagnosticó de metástasis de carcinoma tiroideo TTF1+, tiroglobulina+. Durante el seguimiento oncológico de la paciente, y coincidiendo en tiempo con la exéresis de la lesión cutánea, se objetivaron metástasis pulmonares yodorrrefractarias, por lo que se inició tratamiento con un inhibidor de tirosina quinasa. Las metástasis cutáneas de origen tiroideo son excepcionales, asociándose en la mayoría de las ocasiones a carcinomas de origen folicular. Se localizan en áreas muy vascularizadas como son el cuero cabelludo, cara o cuello. Suelen presentarse como lesiones eritematosas de crecimiento lento, placas o nódulos. Su diagnóstico se confirma histológicamente gracias a marcadores inmunohistoquímicos como TTF1 y tiroglobulina. Deben incluirse en el diagnóstico diferencial de tumores de cuero cabelludo, incluso si son lesiones de aspecto benigno, sobre todo en pacientes con antecedentes de carcinomas tiroideos, dado que su presencia puede cambiar el estadio tumoral y, por tanto, condicionar el pronóstico de los pacientes.

P43. SEGURIDAD Y EFICACIA CON TIRBANIBULINA POMADA PARA EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

J.M. Liñán Barroso, J.C. Hernández Rodríguez, R. Corbí Llopis, G.J. Jiménez Thomas, J.J. Domínguez Cruz y J. Conejo-Mir Sánchez

UGC Dermatología y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. Las queratosis actínicas (QA) son lesiones cutáneas premalignas que pueden degenerar a carcinoma espinocelular y que tienen mayor incidencia en pacientes inmunodeprimidos. La tirbanibulina pomada ofrece una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la QA y el campo de cancerización. Este estudio retrospectivo tiene como objetivo evaluar la eficacia, tolerabilidad y satisfacción del tratamiento con tirbanibulina pomada en pacientes con queratosis actínicas que están inmunodeprimidos por trasplante de órgano sólido, trasplante de progenitores hematopoyéticos, neoplasias malignas que reciben tratamiento quimioterápico o infección VIH.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de 15 pacientes inmunodeprimidos con diagnóstico de queratosis actínicas en un hospital andaluz de tercer nivel que realizaron tratamiento con tirbanibulina pomada siguiendo una pauta de aplicación de 5 días. Se registraron 3 pérdidas en el número de participantes. Se evaluó el índice AKASI tras tratamiento y se utilizó el cuestionario TSQM-9 para evaluar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

Resultados. La media de edad de los 12 pacientes incluidos fue de 64,4 años, con un 83% de hombres. En el 50% de pacientes incluidos el motivo de inmunosupresión fue trasplante de órgano sólido. El tratamiento con tirbanibulina pomada en pacientes inmunodeprimidos mostró un índice AKASI postratamiento < 1 en un 64% de los participantes. Asimismo, más de la mitad de los pacientes reportaron duración menor (66,7%), menor reacción (58,3%), menor impacto en actividades de la vida diaria (68,4%), mayor comodidad (58,3%) y mayor satisfacción general (72%) que con otros tratamientos para QA.

Conclusiones. El tratamiento con tirbanibulina pomada se muestra como una alternativa cómoda, segura y eficaz para el manejo de

queratosis actínicas en pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, se requieren estudios adicionales prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados y establecer su papel definitivo en el manejo clínico de esta población de pacientes.

P44. SARCOIDOSIS PULMONAR INDUCIDA POR PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA

K. Magaletskyy Kharachko^a, N. Silvestre Torner^a, A. López Martín^b, J. Cubero Carralero^c, B. Romero Jiménez^a, F. Gruber Velasco^a, J. Román Sainz^a, M.D. Fernández^a, E. Vargas Laguna^a, M. Martínez Pérez^a, S. Samer Tabbara Carrascosa^a, E. Fernández Cogolludo^a y A. Imbernón Moya^a

^aDermatología. ^bOncología. ^cRadiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Presentamos un caso clínico de una paciente de 72 años con melanoma nodular en la pierna derecha (T4aN1cM0, Estadio IIIC) diagnosticado en marzo de 2022. Después de la extirpación quirúrgica del tumor primario, se observaron recidivas locales y metástasis en tránsito. La paciente recibió tratamiento con pembrolizumab en junio de 2022, experimentando una respuesta terapéutica positiva. Sin embargo, en enero de 2023, el tratamiento se suspendió debido a la aparición de sarcoidosis pulmonar inducida por pembrolizumab.

Métodos. Este caso clínico se desarrolló mediante un seguimiento detallado de la paciente, que incluyó evaluaciones clínicas, estudios de imagen y análisis histológicos para confirmar diagnósticos y monitorizar la evolución de las lesiones cutáneas y pulmonares.

Resultados. Tras la administración de pembrolizumab, la paciente mostró mejoras significativas en su condición oncológica. No obstante, en enero de 2023, se suspendió el tratamiento debido a la confirmación histológica de sarcoidosis pulmonar como una reacción adversa al pembrolizumab. A pesar del empeoramiento radiológico, la paciente permaneció asintomática y se optó por continuar el tratamiento oncológico. Las evaluaciones clínicas y de imagen posteriores indicaron una evolución favorable, con cicatrices cutáneas en mejoría y la ausencia de nuevas lesiones malignas.

Conclusiones. Este caso subraya la complejidad en el diagnóstico histológico del melanoma y la eficacia de la inmunoterapia con pembrolizumab en pacientes con metástasis en tránsito. La sarcoidosis pulmonar, aunque poco común, puede ser una complicación significativa de la inmunoterapia, requiriendo una evaluación rigurosa y decisiones de tratamiento ponderadas. En este caso, la paciente continuó con el tratamiento oncológico debido a la falta de síntomas graves y la ausencia de progresión del melanoma en estudios de imagen. Se enfatiza la importancia de un enfoque multidisciplinario en la toma de decisiones terapéuticas en situaciones clínicas complejas como esta.

P45. CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN EL LUGAR DE INYECCIÓN DE VACUNAS: DESCRIPCIÓN DE CUATRO NUEVOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Barrabés Torrella^a, G. Melé-Ninot^a, Á. Sola Casas^a, M. Quintana-Codina^a, N. Pérez Muñoz^b, A. Martín Poch^a y M. Salleras Redonet^a

^aDermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Hospitalario Quirónsalud ^bAnatomía Patológica. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La aparición de neoplasias es una complicación tardía infrecuente de las cicatrices postvacunales. Presentamos dos nuevos casos de carcinoma basocelular (CBC) y uno de carcinoma escamoso (CEC) in situ aparecidos en el brazo, justo sobre la cicatriz de la vacuna antivariólica, administrada durante la

infancia. Ambos CBCs se resolvieron con cirugía y el CEC in situ fue tratado con imiquimod 5%. Asimismo, describimos un caso de CBC aparecido en el brazo izquierdo, coincidiendo con el lugar de inyección de la cuarta dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2, que la paciente refería haber recibido cuatro meses antes. Hasta la fecha, no hay ningún caso publicado de neoplasia maligna desarrollada en el lugar de inyección de la vacuna contra el SARS-CoV-2.

Discusión. Se ha descrito la aparición de neoplasias sobre cicatrices de la vacuna antivariólica y antituberculosa, siendo el CBC la neoplasia maligna más frecuentemente reportada. El tiempo de latencia entre la administración de la vacuna y la aparición del CBC suele ser largo, pudiendo aparecer hasta más de 20 años después. Otros tumores malignos descritos en la cicatriz de la vacuna antivariólica son el CEC, el melanoma, el fibrosarcoma y los tumores fibrohistiocitarios. También hay casos aislados publicados de CBC en posible relación con la administración de la vacuna antigripal y de vacunas del viajero (hepatitis A y fiebre tifoidea). El mecanismo exacto por el que se desarrollaría el CBC es desconocido, aunque probablemente se relacione con una degeneración maligna del tejido cicatricial, favorecida por la inflamación crónica y un desbalance de citocinas y factores de crecimiento. Tres de las cuatro pacientes descritas tenían antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma y todas presentaban una piel fotodañada, por lo no hay evidencia suficiente para afirmar que la inmunización sea la causa del desarrollo del carcinoma, y es probable que factores como la radiación ultravioleta puedan haber contribuido también a su aparición.

Conclusiones. Ante una lesión de nueva aparición en la zona deltoidea o en el muslo, debemos preguntar por los antecedentes vacunales y sospechar malignidad, especialmente si la localización coincide con una cicatriz postvacunal.

P46. COLISIÓN DE TRICOADENOMA CON CARCINOMA BASOCELULAR

E. Vargas Laguna^a, J. Montans Araújo^b y N.S. Torner^a

^aDermatología. Clínica Dermaniac. ^bAnatomía Patológica. Centro Anatomopatológico. Madrid. España.

Introducción. El tricoadenoma es una neoplasia benigna infrecuente con diferenciación folicular, descrita por Nikolowski en 1958. Suele localizarse en la cara y menos frecuentemente en los glúteos. Clínicamente puede confundirse con un Ca. basocelular o con un quiste epidérmico. Histológicamente tiene una diferenciación intermedia entre el tricofolículo y el tricopepelioma.

Caso clínico. Mujer de 72 años, sin antecedentes de interés, que hace 6 meses le aparece una lesión en el dorso nasal de rápido crecimiento inicial, para mantenerse estable en los últimos meses. El tumor es asintomático salvo sangrado esporádico.

A la exploración presenta una tumoración bien delimitada de consistencia firme, de 14mm, translúcida y con telangiectasias en superficie. En la dermatoscopia se observan vasos ramificados enfocados, círculos blancos y alguna erosión superficial. Se realiza una biopsia donde se observan nidos dérmicos de pequeño tamaño con células pequeñas y de escaso citoplasma y con empalizadas periféricas. Sin conexión con el carcinoma basocelular aparecen pequeños quistes dérmicos formados por epitelio escamoso no atípico, con infiltrado inflamatorio en la dermis cercana a los mismos.

Ante la coexistencia de tricoadenoma y Ca. basocelular se decide extirpación completa de la lesión con 4 mm de margen y cierre del defecto mediante colgajo de rotación en hacha. Tras la exéresis, a nivel histológico se observa una lesión bien delimitada en dermis, constituida por estructuras infundíbulo quísticas de tamaño uniforme y próximas entre sí. Están revestidas por epitelio escamoso con una capa basal junto con capa espinosa y granulosa. El contenido de los quistes es una queratina ortoqueratósica hojaldrada.

Discusión. El tricoadenoma es un tumor infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura científica. Son tumores de lento

crecimiento que suelen alcanzar un tamaño máximo de 15 mm. Clínicamente suelen confundirse con un Ca. basocelular debido a su aspecto perlado translúcido y a las telangiectasias en su superficie, siendo necesario un diagnóstico histológico. La dermatoscopia puede ayudarnos al observarse círculos blancos que se correlacionan con las estructuras infundibuloquísticas.

Conclusión. Presentamos un caso de tricoadenoma asociado a un carcinoma basocelular, no encontrándose casos similares publicados.

P47. METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA. LOCALIZACIÓN ATÍPICA CON PRONÓSTICO DESFAVORABLE

J.J. Amorós Oliva, M. Cotarelo Hernández, B.A. Gómez Dorado, M.J. Carrera Hernández, C. Romera de Blas, M.V. Signes-Costa Smith, N. Aranda Sánchez, J. Moreno-Manzano García-Calviño, P. Blázquez Pérez, E. Molina Figuera, E. Martínez Lorenzo y C. Pérez Hortet

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Introducción. Se ha descrito en la literatura el potencial de implantación del carcinoma urotelial en el tracto urinario, sin embargo, la implantación cutánea y mucosa es extremadamente rara.

Caso. Varón de 79 años en seguimiento por Urología desde 2013 por carcinoma urotelial papilar de vejiga de bajo grado habiéndose realizado múltiples resecciones transuretrales diagnóstico-terapéuticas. Es derivado al servicio de Dermatología por la presencia de glande edematoso con múltiples pápulas eritematovioláceas periuretrales brillantes e induradas al tacto asintomáticas de meses de evolución. En la dermatoscopia destacaba la presencia de glóbulos de color azul-violáceo así como telangiectasias bien enfocadas en superficie. Ante la sospecha de un carcinoma basocelular de localización atípica se realizó una biopsia, informada de tumor papilar urotelial de bajo grado infiltrante tras probable implantación metastásica de carcinoma urotelial de vejiga. Ante este hallazgo se solicitó TAC toracoabdominopélvico donde se objetivaron múltiples metástasis en riñones y pulmón alcanzándose el diagnóstico de neoplasia urotelial estadio IV.

Discusión. La aparición de metástasis cutáneas en tumores urológicos es poco común y suele indicar una enfermedad avanzada con un pronóstico desfavorable. Cuando se diagnostican, proceden principalmente de un tumor primario renal, siendo el origen vesical y prostático menos frecuentes. La mayoría se producen por diseminación hematogena y linfática aunque se han documentado casos de diseminación después de procedimientos diagnóstico-terapéuticos, como las resecciones transuretrales. El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden afectar al pene, como el carcinoma epidermoide, el carcinoma basocelular, el melanoma y los tumores mesenquimales, incluido el sarcoma de Kaposi, así como procesos linfoproliferativos entre otros. Para alcanzar el diagnóstico definitivo la biopsia es imprescindible. El tratamiento va dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente puesto que la presencia de metástasis cutánea supone una importante reducción de la esperanza de vida.

Conclusiones. La presencia de metástasis cutáneas en pacientes con antecedentes de carcinoma urotelial indican un pronóstico desfavorable, siendo importante un enfoque multidisciplinar en su manejo clínico.

P48. MIOPERICITOMA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

D.J. Sánchez Báez^a, M. Pestana Eliche^a, C.N. Hernández León^b, E. Fagundo González^a, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, J. Mercader Salvans^a y M. Quetglas Valenzuela^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. El miopericitoma es un tumor benigno de piel y partes blandas infrecuente, de origen mesenquimal pericitico. Presentamos un caso y revisamos los hallazgos histológicos y dermatoscópicos de esta entidad.

Caso clínico. Varón de 44 años, sin antecedentes de interés, que acudió a nuestro servicio por presentar una lesión en hombro izquierdo de varios meses de evolución. Consistía en una pápula eritematosa friable de 0,5 centímetros de diámetro, con una dermatoscopia que mostraba una coloración roja homogénea con úlcera central y costra hemorrágica, rodeada de un collarite queratósico. La biopsia escisional evidenció una proliferación de células fusiformes con tendencia a disponerse perivascularmente, positivas para actina y caldesmón. Estos hallazgos fueron diagnósticos de miopericitoma.

Discusión. El miopericitoma es un tumor que presenta una histología distintiva; sin embargo, carece de una manifestación clínica característica, confundiendo con otras neoplasias. Clínicamente suele manifestarse como un nódulo indoloro en extremidades inferiores, aunque se ha descrito en cabeza, miembros superiores y en vísceras, especialmente en el riñón. Suele confundirse con un granuloma piogénico, debiendo incluir en el diagnóstico diferencial al melanoma amelanótico o al sarcoma de Kaposi. La histopatología de los miopericitomas está ampliamente reconocida, distinguiéndose de otros tumores periciticos por la disposición perivascular concéntrica de las células tumorales adoptando una imagen en bulbos de cebolla y su intensa positividad al caldesmón H y negatividad para la desmina. La imagen dermatoscópica está poco estudiada, aunque en los casos reportados destacan los vasos con distribución en corona y la imagen similar a granuloma piogénico con áreas blanco-rojizas rodeadas de un collarite descamativo, al igual que nuestro caso.

Conclusión. Los miopericitomas son neoplasias que deben tenerse en cuenta dado que simulan lesiones comunes como el granuloma piogénico, siendo su diagnóstico histológico.

P49. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: EXPERIENCIA DE MANEJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

F. Navarro Blanco, M.A. Lasheras Pérez, M. Pozuelo Ruiz, R.D. Díaz Palacios, C. Abril Pérez, B. Escutia Muñoz y R. Botella Estrada

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es un tipo de adenocarcinoma intraepitelial poco frecuente que ocasionalmente puede asociarse a una neoplasia subyacente. Presentamos un estudio observacional retrospectivo conformado por 13 pacientes diagnosticados de EPEM que han sido tratados de forma multidisciplinar en nuestro servicio. Para ello se realizó una búsqueda en las historias clínicas desde 1999 hasta la actualidad, recopilando aquellos datos que hacían referencia a las principales variables demográficas, al curso evolutivo de la enfermedad y a las diferentes líneas de tratamiento aplicadas. La muestra la componen 8 mujeres y 5 hombres con un seguimiento medio de 97,5 meses, siendo la localización más frecuente la iguinal. Dos de los sujetos mostraron una neoplasia asociada. La media de edad al diagnóstico fue de 64,3 años y el tiempo medio de evolución hasta el diagnóstico histológico de 60,3 meses. En promedio, los pacientes recibieron tres líneas de tratamiento motivadas por recurrencias o persistencias de la enfermedad. El tiempo medio hasta recaída en los pacientes tratados mediante cirugía fue de 115,25 meses, en comparación con los 18 meses de aquellos en los que se optó por un manejo no quirúrgico (imiquimod, terapia fotodinámica, etc.). El manejo de la EPEM supone un gran reto, motivado mayormente por el carácter recidivante de la enfermedad. El abordaje multidisciplinar, optando si es posible por el tratamiento quirúrgico, parece asociarse a un mejor control de la enfermedad.

P50. PIODERMAS GANGRENOSOS, ERUPCIÓN PSORIASIFORME Y FÍSTULA EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO TRAS INICIAR TRATAMIENTO CON LA COMBINACIÓN DE PEMBROLIZUMAB Y LENVATINIB

E. Samaniego González^a, H. Perandones González^a, V. Onecha Vallejo^a, M. Criado Otero^a, M. Navedo de las Heras^a, M.A. González Morán^b y M.Á. Rodríguez Prieto^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. Los principales efectos adversos dermatológicos (EAD) descritos con la combinación de pembrolizumab y lenvatinib son: reacción cutánea mano-pie, rash, estomatitis y úlceras mucosas. Sin embargo, puede que no todos los EAD hayan sido bien documentados a pesar de ser los más frecuentemente asociados a ambos grupos de fármacos.

Caso clínico. Mujer de 69 años, obesa, con carcinoma de endometrio avanzado hipermutado con inestabilidad de microsátélites alta (MSI-H) en tratamiento con pembrolizumab 2 mg/kg cada 21 días y lenvatinib 20 mg/día. Oncología interrumpe el tratamiento por presentar a las 3 semanas del inicio úlceras de bordes eritemato-violáceos socavados, en pliegues inguinales e interglúteos, con clínica y biopsia compatible con piodermas gangrenosas (PG). Asimismo, evidenciamos una fístula dermoepidérmica de 10 cm en región perineal derecha, sin otras lesiones de hidradenitis supurativa (HS). También presenta erupción psoriasiforme en cara posterior de ambos muslos.

Discusión. Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe programed cell death 1 (PD-1) activando la respuesta antitumoral de las células T. Raramente se han descrito reacciones cutáneas neutrofilicas, mediadas por células Th17. La literatura recoge 2 casos de PG inducidos por ipilimumab, 1 con pembrolizumab y 1 caso de HS inducido por nivolumab. Más conocida es la inducción de psoriasis. El lenvatinib es un inhibidor multikinasa que inhibe los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular VEGFR 1-3, entre otros. Hay solo 2 casos publicados de PG y ninguno de HS por lenvatinib, pero ambos EAD se han descrito con otros fármacos antiangiogénicos, al promover la apoptosis de queratinocitos, la liberación de quimiocinas y la migración de neutrófilos. Además, la disminución de VEGF podría desencadenar HS. Solo hay un caso de erupción psoriasiforme por lenvatinib. El corto periodo de latencia de las lesiones de nuestra paciente puede deberse a que ambos fármacos han contribuido de forma sinérgica en su desarrollo.

Conclusión. Las indicaciones de los inhibidores del punto de control inmunológico solos o en combinación van en aumento. Los EAD son los más frecuentes. Los dermatólogos debemos involucrarnos en su diagnóstico precoz, manejo y seguimiento para que los pacientes sigan beneficiándose de un tratamiento antineoplásico eficaz.

P51. ERUPCIÓN CUTÁNEA LIQUENOIDE SIGUIENDO LAS LÍNEAS DE BLASCHKO EN UN PACIENTE CON CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB

M. Álvarez Salafranca^a, T. Gracia Cazaña^a, J. Castillo Malla^b, I. Bernad Alonso^a, A. Diago Irache^a e Y. Gilaberte Calzada^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. Los efectos adversos inmunomediados cutáneos (EAirc) se producen en el 30-50% de los pacientes expuestos a inmunoterapia (IT). Las erupciones liquenoides son un EAirc con un gran polimorfismo clínico y una amplia gama de distribuciones anatómicas descritas.

Caso clínico. Un varón de 56 años con un carcinoma escamoso de pulmón IIIA, recibió tratamiento con 4 ciclos de quimioterapia neo-

adyuvante con cisplatino y vinorelbina, así como con radioterapia. Finalmente, 6 meses después el tumor se consideró irreseccable y se inició tratamiento con carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab/3 semanas. Cuatro semanas después del inicio, desarrolló una erupción asintomática en el flanco izquierdo y tras el tercer ciclo, fue remitido para valoración por dermatología. A la exploración física presentaba múltiples pápulas eritematosas brillantes en hemitronco izquierdo, que confluían en un patrón serpiginoso a lo largo de las líneas de Blaschko. El examen histopatológico mostró un patrón de dermatitis liquenoide. Se inició tratamiento con betametasona tópica y, teniendo en cuenta la extensión limitada de las lesiones, se sugirió mantener la inmunoterapia. El paciente completó un total de 4 ciclos de carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab, seguidos de un tratamiento de mantenimiento con pembrolizumab 200 mg cada tres semanas. Las lesiones se resolvieron progresivamente y no han recidivado hasta la fecha.

Discusión. Hasta la fecha solo se han publicado tres casos de reacciones cutáneas liquenoides lineales relacionadas con IT. Las dermatosis blaschkoides son la expresión cutánea de un mosaicismo genético, dando lugar a la aparición de poblaciones celulares genéticamente distintas en un mismo individuo. Estas células podrían tener un perfil de histocompatibilidad antigénica diferente y ser más susceptibles a la citotoxicidad por células T tras el estímulo apropiado. Podría hipotetizarse que la activación de células T inducida por anti PD-1 pudo ser el desencadenante que, en nuestro paciente, desenmascaró una subpoblación de queratinocitos anormales latentes. Los dermatólogos que tratan a pacientes oncológicos en la "era de la IT" deben ser conscientes de la posibilidad de que aparezcan erupciones blaschkoides liquenoides como EAirc. Una identificación precoz podría ayudar a evitar diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y la interrupción innecesaria de la IT.

P52. SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS EN EL PIE, CUANDO LA CLAVE ESTÁ EN LA GENÉTICA

L. Gimeno Mateos^a, E. Magnusson^a, H. Naserhojati Rodsari^b, I. Vassilaki^c y F. Portelli^c

^aCentro de Tumores Cutáneos. ^bUnidad de Diagnóstico Molecular, MCDS. Departamento de Anatomía Patológica y Diagnóstico de Cáncer. ^cDepartamento de Anatomía Patológica y Diagnóstico de Cáncer. Hospital Universitario Karolinska. Stockholm. Stockholms Lan. Suecia.

Introducción. El sarcoma de células claras es una neoplasia maligna de histogénesis incierta mostrando una diferenciación melanocítica y asociado con una fusión genética implicando los genes EWSR1 y ATF1 o CREB1. Histológicamente puede simular otros tumores tales como tumores spitzoides, nevus azul celular/melanocitoma, sarcomas epitelioides u otros sarcomas.

Caso clínico. Mujer de 54 años sin antecedentes de interés, que presenta una lesión de unos cinco años de evolución, de lento crecimiento, en la zona dorsal de la primera falange del segundo dedo del pie derecho. A la exploración se observa una tumoración de consistencia pétreo, con infiltración a planos profundos, no dolorosa a la palpación, con hiperpigmentación marrónácea en la superficie y un patrón pseudoreticulado grueso en la dermatoscopia. El estudio de imagen no mostró afectación ósea ni metástasis a distancia. La biopsia reveló una proliferación hiper celular en dermis de melanocitos no pigmentados de forma ovalada con distribución en fascículos. Presentaba una reactividad difusa para MelanA, MITF, S100 y HMB45, p16 preservado, muy bajo índice proliferativo ki67 y BRAF y CD34 negativos. Debido a las características clínicas e histológicas se planteó el diagnóstico diferencial con un nevus azul celular/melanocitoma. El estudio genético mostró una fusión EWSR1::CREM, estableciéndose el diagnóstico de sarcoma de células claras.

Discusión. El sarcoma de células claras es un tumor maligno raro, de comportamiento agresivo, con predilección por zonas tendinosas distales y aponeurosis en gente joven y de mediana edad, aunque existen variantes más superficiales afectando a la dermis y de forma muy excepcional a la unión dermo-epidérmica. Fue clásicamente llamado melanoma de partes blandas y su principal diagnóstico diferencial es el melanoma metastásico. En las variantes más superficiales y de lento crecimiento, se puede confundir este tumor con otros tumores benignos. Aunque no patogénico, en la mayoría de los sarcomas de células claras se observa una traslocación t(12;22) que causa una fusión en los genes EWS y ATF-1. No obstante la fusión EWSR1::CREM es muy poco frecuente, habiéndose publicado previamente en escasas ocasiones.

Presentamos un caso de un tumor raro aunque de localización típica, con imágenes dermatoscópicas, en el que el análisis genético juega un papel fundamental para su correcto diagnóstico.

P53. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN LUMBAR: UNA INCÓGNITA CLÍNICA E HISTOLÓGICA

J.P. Serrano Serra^a, J.F. Orts Paco^a, J.C. Romera Pallarés^a, B. Rebollo Caballero^a, J. Ruiz Martínez^a, J. Navarro Pascual^a, A. Botía Paco^a, M.I. Úbeda Clemente^a, A.I. Gil Liñán^b y A. Agüera Sánchez^b

^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Mujer de 80 años, derivada al servicio de dermatología desde cirugía general debido a una lesión en la región lumbar derecha que había estado evolucionando durante varios años y que recientemente presentó un episodio de sangrado. La lesión fue extirpada mediante cirugía convencional por parte de dermatología, sin precisar de plastia cutánea o injerto. La masa medía 10,5 x 7 cm con un espesor máximo del tejido subcutáneo de 5 cm y estaba ubicada a una distancia de 0,7 cm del margen quirúrgico lateral más cercano. Microscópicamente, consistía en una neoplasia epitelial poco diferenciada con marcadas características de carcinoma poco diferenciado. Se identificó atipia nuclear severa, pleomorfismo, focos de necrosis y extensa ulceración de la epidermis. Asimismo, presentaba mitosis atípicas y una infiltración que se extendía ampliamente en la dermis papilar y reticular, llegando hasta la hipodermis, aunque sin alcanzar los márgenes profundos de resección. El diagnóstico diferencial se realizó entre carcinoma cutáneo primario y metástasis cutánea, para lo cual se utilizaron marcadores inmunohistoquímicos y pruebas de imagen. Los marcadores específicos utilizados incluyeron CKAE1-AE3, CK7, CK19 y EMA, cuya positividad orienta hacia la naturaleza epitelial del tumor. El índice de proliferación celular, evaluado a través de Ki-67, alcanzó un nivel notable del 30-40%, indicando una alta actividad proliferativa, característica común en carcinomas poco diferenciados. La posibilidad de una metástasis cutánea, aunque rara, se consideró debido a la extensión del tumor y a la incapacidad para caracterizar claramente el tumor. No obstante, el estudio de extensión mediante tomografía computarizada corporal total no mostró ninguna lesión sospechosa de neoplasia visceral, ni tampoco existen datos clínicos que orienten hacia esta.

En resumen, este caso clínico destaca la complejidad de las neoplasias cutáneas en pacientes de edad avanzada y resalta la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre dermatología y otros servicios como radiología para el manejo de los pacientes. El uso de la inmunohistoquímica con marcadores específicos es crucial para el diagnóstico diferencial entre carcinoma cutáneo primario y metástasis, y el manejo adecuado de estos casos requiere un enfoque integral y una comprensión profunda de las características histológicas y clínicas.

P54. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS CON TIRBANIBULINA

C. Méndez Abad^a, M.C. Iborra García Trevijano^b, L. Ossorio García^b, P. Cobo Rodríguez^b y C. Vila Sava^c

^aDermatología. ^bHospital Comarcal La Línea. La Línea de la Concepción. ^cHospital Universitario Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. ^dDermatología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Antecedentes y objetivos. La queratosis actínica es una enfermedad cutánea crónica considerada como una neoplasia de queratinocitos in situ, con una historia natural en la que puede producirse regresión espontánea, estabilización o progresión a carcinoma epidermoide cutáneo. En la actualidad para el tratamiento de las queratosis actínicas disponemos de varias alternativas terapéuticas varias de ellas indicadas para el tratamiento del campo de cancerización. Recientemente se ha introducido una nueva molécula para aquellas no hipertróficas situadas en cara y cuero cabelludo, la tirbanibulina 1% pomada. Su principal mecanismo de acción consiste en disgregar los microtúbulos mediante la unión directa a la tubulina, lo que provoca la interrupción del ciclo celular y la apoptosis de las células proliferativas. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en práctica clínica en dos centros hospitalarios públicos de la provincia de Cádiz.

Métodos. Se reclutaron pacientes de enero a agosto de 2023 quienes realizaron el tratamiento con tirbanibulina 1% pomada mediante una aplicación cada noche durante 5 días consecutivos. Se realizaron dos visitas: al inicio del tratamiento y a los 2 meses. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, localización, número de lesiones, número de tratamientos de campo de cancerización realizados previamente, cumplimiento y satisfacción del tratamiento por parte de los pacientes.

Resultados. Se recogieron 8 pacientes (3 mujeres y 5 hombres) con una media de edad superior a los 70 años. El número de queratosis actínicas por campo superaba las 5 lesiones en la mayoría de los casos. Todos los pacientes excepto uno habían realizado dos tratamientos previos de campo de cancerización. El cumplimiento del tratamiento fue del 100 % y la satisfacción por parte del paciente muy buena.

Conclusiones. La tirbanibulina 1% pomada se ha mostrado como un tratamiento bien tolerado y que aporta un grado de satisfacción alto en los pacientes. Dado que está restringida su financiación para aquellos pacientes no candidatos por contraindicación, intolerancia o falta de eficacia a la terapia fotodinámica o al resto de tratamientos tópicos, su uso está limitado en la práctica clínica habitual. Es preciso realizar más estudios para valorar su eficacia a largo plazo.

P55. DESAFIANDO LA RAREZA: CUANDO EL CARCINOMA BASOCELULAR SE LLEVA LA PALMA

P. Bodas Gallego^a, H. Perandones González^a, M. Criado Otero^a, V. Onecha Vallejo^a, M.A. González Morán^b y M.Á. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes. El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más frecuente en el ser humano. Se localiza principalmente en zonas fotoexpuestas, siendo excepcional en palmas y plantas.

Caso clínico. Se presentan dos casos de CBC localizados en palmas. El primer caso se trata de una mujer de 64 años con diagnóstico de síndrome de Gorlin, que presenta una pápula milimétrica marrónácea en el centro de la palma de la mano derecha. El segundo caso corresponde a un varón de 73 años, sin antecedentes dermatológicos de interés, que consulta por una úlcera de unos 6 milímetros en el área central de la palma de la mano derecha. En ambos casos se procede a la extirpación y tras el estudio histológico se confirma el diagnóstico de CBC.

Discusión. Uno de los principales factores implicados en la etiopatogenia del CBC es la radiación ultravioleta; de ahí, su localización predominante en zonas fotoexpuestas, sobre todo, cabeza y cuello, extremidades y tronco. Los factores de riesgo considerados en el desarrollo de CBC acrales son síndromes genéticos, contacto con carcinógenos o traumatismos. Existe controversia acerca del origen del CBC, siendo cuestionable el desarrollo a partir de las células madres interfoliculares o del bulge, debido a la aparición en zonas anatómicas carentes de unidades pilosebáceas, como son las palmas, plantas y mucosas.

Conclusiones. Es importante considerar la aparición de CBC en localizaciones infrecuentes ante lesiones ulcerosas de larga evolución. Dada la variabilidad clínica del CBC, se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de cualquier tipo de lesión en pacientes con predisposición genética u otros factores de riesgo. La aparición de CBC en zonas de piel lampiña nos obliga a replantearnos el origen histológico de esta neoplasia, pudiendo originarse de diferentes estructuras. En el caso de la piel acral, una posibilidad son las stem cell de los órganos mecanosensoriales.

P56. CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN DE RECURRENCIA DEL MELANOMA CUTÁNEO ESTADIO II EN POBLACIÓN ESPAÑOLA: ESTUDIO METHEOR

S. Puig^a, A. Boada^b, A. Diago^c, E. Samaniego^d, R. Fernández de Misa^e, P. Ortiz Romero^f, S. Moreno^g, L. Ferrándiz^h, Á. Flórezⁱ, F. Vilchez Márquez^j, L. Ostios^k, David Vilanova^k y Eduardo Nagore^l

^aHospital Clínic. Barcelona. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^cHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^dComplejo Asistencial Universitario de León. León. ^eHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^fHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^gHospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. - ^hHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁱComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. ^jHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^kBristol Myers Squibb España. Madrid. ^lInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. En 2022 se diagnosticaron en España más de 7.000 casos de melanoma cutáneo (MC), 15% estadio (st) II, y ocurrieron más de 1.000 fallecimientos por esta causa. Según la American Joint Committee on Cancer (AJCC v8), la supervivencia del MC st IIB-C es similar al estadio IIIB. Por ello consideramos necesaria una adecuada caracterización de los patrones de recurrencia y uso de recursos en pacientes (pts) con MC st II en población española. El objetivo principal de este estudio es determinar la supervivencia libre de recurrencia (SLR). Los objetivos secundarios son conocer la supervivencia global (SG), supervivencia específica de melanoma (SEM), supervivencia libre de metástasis a distancia (SLMD) y el uso de recursos sanitarios.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado a partir de datos de vida real en población española. Los pts fueron diagnosticados entre enero de 2013 y diciembre de 2017 de MC st pII según la AJCC v8, con un tiempo de seguimiento mínimo de 5 años.

Resultados. Se incluyeron 324 pts, 52,2% mujeres, con una edad media de 61,3 años. 44,4% st IIA y 55,6% IIB-C (35,5% IIB y 20,1% IIC). Los subtipos histológicos más frecuentes fueron nodular (41,4%) y extensión superficial (33,3%); 90 pts (27,8%) presentaron al menos una recurrencia (43,3% linfática, 34,4% hemática, 20% ambas) durante los 5 años de seguimiento. Entre los pts que progresaron a st IV, las localizaciones más frecuentes fueron pulmón (70,1%), SNC (43,3%) e hígado (28,4%). La SLR a 5 años fue 74,5% para el estadio IIA y 63,7% para los pts con st IIB-C. Tras la primera recurrencia, 57% de los pts fueron sometidos a cirugía y 71,6% recibieron tratamiento sistémico (40% anti-PD1, 18% inhibidores

BRAF/MEK, 11% combinación de antiPD1/CTLA4 y 31% otros). La SG, SEM y SLMD fueron similares entre st IIA y IIB-C. El análisis multivariante mostró una correlación positiva entre la edad y la SLR y SG, así como entre la ulceración y la SEM. Tras la primera recurrencia, el número de pruebas diagnósticas se incrementó un 90,3%, mientras que el número de visitas lo hizo un 126,3%.

Conclusiones. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de un seguimiento más estrecho y de opciones terapéuticas que reduzcan el riesgo de recurrencia en pacientes con MC st II, siendo prioritario en st IIB-C.

P57. ¿HACIA DÓNDE NOS LLEVA UNA PRIMERA IMPRESIÓN?

Mar Luque-Luna^a, J. Gil-Lianes^a, G. Frigola^b, J.M. Mascaró^a, M.T. Estrach Panella^a, P. Iranzo Fernández^a, A. García-Herrera^a y A. Combalia Escudero^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Acude al servicio de dermatología paciente varón de 45 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales de interés. Como antecedente familiar únicamente destaca abuela materna con psoriasis. Es pastor y zapatero de profesión. Refería lesiones cutáneas de siete de años de evolución, que fueron progresando de forma paulatina. Comentaba que tras la punción con un clavo en mal estado, presentó una lesión cara externa tercio superior de la pierna derecha, que lejos de curar iba aumentando de tamaño. Acudió varias veces al médico de cabecera del pueblo, donde se le pautó tratamiento antibiótico (tanto tópico como oral), así como corticoides tópicos. Dado que las lesiones no mejoraban con dichas terapias, decidió utilizar ‘tratamientos’ que él consideraba naturales, como limpiarse la zona afectada con agua del pozo de su propia casa (que no pasaba los controles desde hacía años) o con saliva de su propio perro. Fue biopsiado por un dermatólogo en varias ocasiones, con el diagnóstico anatomopatológico de psoriasis. Cuando la lesión adquiere unas magnitudes aproximadas de 10 cm x 7 cm, presenta un componente sanguinolento junto con supuración, acude a nuestra consulta. Dados los antecedentes del paciente, orientamos el caso como una dermatosis infecciosa, probablemente del tipo micetoma.

Se realizan serologías, frotis microbiológicos, biopsia para microbiología y biopsia para anatomía patológica. En ninguna de estas pruebas complementarias se obtiene información relevante para orientar nuestro caso. Únicamente obtuvimos una gran positividad microbiológica en el estudio del agua del pozo. Se decidió realizar un desbridamiento quirúrgico de la zona afectada, para poder obtener más material, dado que considerábamos que las biopsias realizadas con anterioridad eran muy superficiales. En el material se obtiene CD30+, ALK-, tratándose de un síndrome linfoproliferativo. En concreto de una micosis fungoide CD30 transformada bien controlada con radioterapia y tratamiento tópico. Este caso nos remarca la importancia del amplio diagnóstico diferencial que debemos de hacer de entrada, independientemente de los informes de otros centros o de hacia dónde nos decante la anamnesis. Se trata de un caso de presentación atípica de micosis fungoide CD30 transformada con buen resultado al tratamiento.

P58. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE MELANOMA METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Román Cheuque, D. Jiménez Gallo, I. Villegas Romero, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, J.F. Millán Cayetano, R. Mendoza Albarrán y M. Linares Barrios

Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Varón de 56 años que consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 3 días. Un TAC abdominal muestra una obstrucción intestinal con invaginación de yeyuno-íleon secundaria a un tumor infiltrante, adenopatías mesentéricas e implantes metastásicos peritoneales y retroperitoneales. Se realiza una resección en bloque a cargo de cirugía general. El estudio histopatológico evidenció un tumor transmural, ulcerado, con intensa atipia e inmunotinción positiva para marcadores de melanoma. Los índices fueron Ki67 40 % y PD-L1 (TPS) <1%, presentando mutación BRAF. Se confirmaron 3 adenopatías metastásicas. Un examen corporal completo inclusive fondo de ojo y endoscopia resultó normal, salvo signos de vitíligo. El ratio neutrófilos/linfocitos (NLR) fue de 1.45. Un PET-TC evidenció metástasis óseas. Con esto, diagnosticamos un melanoma metastásico de probable origen extraintestinal.

Se inició tratamiento off-label con nivolumab a 1mg/kg e ipilimumab a 3 mg/kg asociado a bifosfonatos. Después del primer ciclo requiere ingreso por irAEs: hepatitis inmunomediada grado 3 y toxicodermia maculopapular, evolucionando favorablemente con metilprednisolona 125 mg durante 5 días IV y micofenolato 1g cada 12 hrs. Se realiza switch a terapia diana con encorafenib 450 mg/día y binimetinib 45 mg cada 12 hrs. Evolucionando clínicamente estable al mes de seguimiento.

Discusión. La invaginación intestinal como presentación de melanoma es muy infrecuente. Los melanomas en intestino delgado suelen ser metástasis de origen cutáneo concurrentes o que hayan presentado regresión. Del total de melanomas primarios gastrointestinales, solo el 2.3% provienen del intestino delgado. Blecker et al. propuso los siguientes criterios para diagnosticar un melanoma primario intestinal: ausencia de melanoma cutáneo, no compromiso de mucosa intestinal adyacente y ausencia de afectación de otros órganos. En nuestro caso, solo se cumplen los 2 primeros. Estudios han asociado la mutación BRAF en melanoma con un origen en zonas fotoexpuestas. Con esto, sospechamos un origen cutáneo. Pese al mal pronóstico del caso, presenta factores que podrían asociarse a una mayor supervivencia con inmunoterapia, como su edad, NLR < 3 y respuesta hiperinmune con irAEs después del primer ciclo de doble inmunoterapia. Presentamos un raro caso de invaginación intestinal como presentación de melanoma metastásico.

P59. INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNOLÓGICO: SEGURIDAD DE LA MONOTERAPIA ANTI-PD1 VS DOBLE INMUNOTERAPIA CON ANTI-CTLA-4 Y ANTI-PD-1 EN PACIENTES CON MELANOMA

R. Mendoza Albarran, I. Villegas Romero, A. Jiménez Antón, R. P. Román Cheuque, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

UGC Dermatología M-Q y Veneorología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. Los inhibidores de puntos de control inmunológico (del inglés, ICI) han revolucionado el tratamiento del melanoma avanzado. El objetivo de este estudio fue describir el perfil de seguridad de la monoterapia con anti-PD1 en comparación con la doble inmunoterapia (anti-CTLA-4 y anti PD-1) en pacientes con melanoma tratados en nuestra unidad.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con melanoma que recibieron tratamiento con ICI en nuestra unidad desde mayo de 2019 a septiembre de 2023.

Resultados. Los resultados se resumen en la tabla 1, 36 pacientes realizaron monoterapia con anti-PD1 (pembrolizumab o nivolumab), de los cuales un 55,6% fueron hombres con una mediana de edad de 67 años. Seis pacientes realizaron doble inmunoterapia con ipilimumab y nivolumab, de los cuales 83,3% fueron hombres con una mediana de edad de 58 años. Todos los efectos adversos inmunomediados (del inglés, irAEs) fueron manejados en nuestra uni-

dad. Del grupo de pacientes que recibieron monoterapia, un 38,9% presentó algún irAE. Los irAEs más frecuentes fueron hepatitis (7), tiroiditis (4) y astenia (4). La mayoría fueron leves o moderados, encontrando solo un paciente con un irAE grado 4. Cuatro pacientes suspendieron temporalmente el tratamiento a causa de irAEs, retomándose el mismo régimen una vez resuelto, 5 pacientes cambiaron a otro anti-PD1 y 2 pacientes lo suspendieron de forma definitiva. Ninguno falleció a causa del tratamiento. Del grupo de pacientes que recibieron doble inmunoterapia, un 50% presentó algún irAE. El más frecuente fue la hepatitis (2) y, en comparación con el grupo de monoterapia, estos fueron en general más graves y requirieron hospitalización. Dos debieron cambiar de tratamiento y 1 lo suspendió de forma definitiva. Ninguno falleció a causa del tratamiento.

Conclusiones. Los resultados obtenidos coinciden con los ensayos clínicos de eficacia y seguridad del uso de ICI en melanoma avanzado. El perfil de seguridad de la doble inmunoterapia es inferior al de la monoterapia y, según nuestros resultados, al menos la mitad de los pacientes sufrirán un irAE a lo largo del tratamiento. Presentamos los resultados de seguridad del uso de inmunoterapia en pacientes con melanoma avanzado en nuestra unidad. Destacamos el papel fundamental del dermatólogo en el manejo de estos fármacos y sus posibles toxicidades.

P60. HIDRADENOCARCINOMA DE BAJO GRADO EN MIEMBRO INFERIOR: REPORTE DE UN CASO

B. Rebollo Caballero^a, J.P. Serrano Serra^a, J.F. Orts Paco^a, J.C. Romera Pallarés^a, J. Ruiz Martínez^a, L.A. Collantes Chavez^b, J. Hernández-Gil Sánchez^a y M.E. Giménez Cortés^a

^aServicio de Dermatología y ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El hidradenocarcinoma (HAC) es un tumor maligno poco frecuente de glándula sudorípara que habitualmente se origina de novo, aunque hay casos que se desarrollan a partir de un hidradenoma nodular preexistente.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 75 años remitido por lesión nodular de 4 cm en extremo distal de muslo izquierdo, de consistencia dura, dolorosa a la palpación y con superficie erosionada. El paciente había sido intervenido 15 años atrás en otro centro de una lesión en la misma localización, con dehiscencia inicial de la herida y posterior desarrollo de la actual lesión. No disponía de informe anatomopatológico de esta intervención. Se realizó biopsia punch con resultado de tumor anexial apocrino de malignidad incierta. Se llevó a cabo ecografía con hallazgo de lesión heteroecoica mal delimitada con aparente extensión a fascia muscular y señal doppler periférica. Se solicitó RM para adecuada valoración de planos profundos, donde se vio tumoración con extensión subcutánea sin afectación de vientres musculares, con intensidad de señal mixta e intenso realce con contraste intravenoso que sugería tumoración maligna. Se realizó extirpación de la lesión con márgenes amplios y reconstrucción mediante colgajo keystone. El estudio histológico mostró, a nivel de dermis y tejido celular subcutáneo, proliferación asimétrica constituida por nidos sólidos y quísticos de células escamoides con atipia y aisladas figuras de mitosis, con centros necróticos. La inmunohistoquímica fue positiva para p63, CK5/CK6, CEA y EMA, con Ki-67 menor al 5%. Estos resultados eran compatibles con un HAC de bajo grado. En estudio de extensión mediante TC no se halló enfermedad a distancia. Actualmente se encuentra en seguimiento estrecho con pruebas de imagen.

Discusión. El HAC es un tumor anexial maligno infrecuente que se suele presentar en forma de nódulo solitario de consistencia firme, asintomático, que crece lentamente durante años pero que de re-

pena puede experimentar un rápido crecimiento en poco tiempo. Este tumor presenta un comportamiento agresivo, con alto porcentaje de recurrencias locales y elevado riesgo de metástasis, sobre todo ganglionares. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia con márgenes de 3-5cm. En casos de enfermedad metastásica estaría indicado el tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia.

P61. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MELANOMAS CUTÁNEOS DE NUEVO DIAGNÓSTICO EN EL PERÍODO 2019 A 2022 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. ANALIZANDO EL EFECTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

R. Sánchez Torres^a, I. de la Rosa Zurera^a, J.P. Vargas Ramos^b, S. Gatus Calderó^b, X. Soria Gili^c, R. Aguayo Ortiz^c, J.À. Baldó^d, J. Pérez Manich^e, S. Moreno Palma^e, A. Rodrigo Cáceres^f y R.M. Martí Laborda^f

^aUniversitat de Lleida. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. IRBLleida. ^cDermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. IRBLleida. Lleida. ^dDermatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona. ^eDermatología. Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. ^fOncología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Universitat de Lleida. IRBLleida. Lleida. España.

Introducción. El estado de alarma durante la pandemia de COVID-19 de 2020 llevó a una restricción de la atención médica. Diversos estudios señalan una disminución en el número de melanomas diagnosticados durante 2020 y alertan del peor pronóstico de los melanomas diagnosticados con posterioridad al confinamiento por un retraso en el diagnóstico. Pocos trabajos incluyen el año 2022. Nuestro objetivo ha sido describir las características de los melanomas diagnosticados en nuestro centro durante 2019-22.

Metodología. Variables: edad, sexo, localización, tipo histológico, grosor de Breslow y estadio según la 8ª edición de la AJCC. El análisis estadístico se realizó con el programa GraphPad Prism 9.

Resultados. El año con menor número de diagnósticos fue 2020 y con mayor número 2022. El período con menor actividad fue abril-septiembre de 2020. Las variaciones del sexo y edad fueron no significativas (NS). Aunque se observó un aumento de Breslow y del estadio de la AJCC en 2020 vs. 2019, las diferencias fueron NS. Sí lo fueron respecto al tipo de melanoma con una disminución del melanoma sobre lentigo maligno (MLM) y un aumento del melanoma nodular (MN). La comparación 2021 vs. 2020 ofreció diversas diferencias, pero todas ellas NS. El Breslow disminuyó respecto a 2020. La comparación de 2022 vs. 2020 y vs. 2021 objetivó un aumento significativo de MLM, melanoma lentiginoso acral y melanoma de extensión superficial y una disminución de MN; además de una disminución significativa de Breslow y del estadio de la AJCC.

Conclusiones. En el año de la pandemia se diagnosticó un menor número de melanomas que en el año anterior y los posteriores. Se observó un mayor Breslow y estadificación de la AJCC que el año anterior, pero NS quizá por el tamaño de la muestra. El número de MLM (típicos de pacientes de edad avanzada) diagnosticados fue menor y mayor el de MN. El año 2022 fue en el que se detectó mayor número de casos, quizá por la incidencia creciente de melanoma, pero seguramente también por el diagnóstico de melanomas de crecimiento lento anteriormente no diagnosticados. En 2022, el grosor de Breslow y el estadio disminuyeron respecto a 2020, con una tendencia a la vuelta a la normalidad, también respecto al tipo de melanomas diagnosticados. Subvencionado por ISCIII/FEDER, "Una manera de hacer Eu-

ropa" (PI21/00294) y CIBERONC. Este estudio ha sido el TFG de Raquel Sánchez.

P62. VITÍLIGO INMUNORRELACIONADO EN CONTEXTO DE ADYUVANCIA EN MELANOMA: SERIE DE CASOS MULTICÉNTRICA

M. Pozuelo Ruiz^a, R.D. Palacios Diaz^a, B.J. de Unamuno Bustos^a, M.M. Blanes Martínez^b, G.J. Carpena^c, N. Martínez Banaclocha^d y R. Botella Estrada^a

^aDermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

^bDermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis.

Alicante. ^cDermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^dOncología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

Está bien descrito que el desarrollo de hipopigmentación tipo vitiligo durante el tratamiento del melanoma avanzado (estadio III/IV no resecable) con inhibidores de puntos de control inmunitario es un factor de buen pronóstico, dado que se ha relacionado con mejores respuestas clínicas y mayores supervivencias globales, libre de progresión (SLP) y libre de enfermedad a distancia (SLED). No obstante, se desconoce el papel del vitiligo inmunorrelacionado en contexto de adyuvancia en melanoma resecable, en el que el objetivo no es tanto el tratamiento como la prevención de la recaída/progresión local o a distancia en un paciente sin evidencia objetiva de enfermedad. A este respecto, realizamos un estudio descriptivo y análisis de SLP y SLED en función de la aparición de vitiligo en pacientes con melanoma resecado que reciben inmunoterapia adyuvante, procedentes de dos centros terciarios de la comunidad valenciana. Para ello se lleva a cabo una recopilación retrospectiva de los datos de interés de sus historias clínicas hasta la última visita actualizada. Los resultados obtenidos se comparan con lo publicado en la literatura sobre este tema, principalmente en relación al melanoma avanzado.

P63. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE TIRBANIBULINA PARA TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS

A. Jiménez Antón, M. Viedma Martínez, R. Mendoza Albarrán, R.P. Román Cheuque, G. Gallo Pineda y M. Linares Barrios

Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea resultante de la proliferación de queratinocitos epidérmicos atípicos mutados causada por la exposición prolongada a la radiación ultravioleta, que puede evolucionar a carcinoma escamoso cutáneo (CEC). Aunque las terapias actuales son efectivas, estas presentan alta frecuencia de reacciones cutáneas locales. La tirbanibulina, un inhibidor de la proliferación de microtúbulos, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de QAs junto con una baja tasa de reacción local derivado a su mecanismo apoptótico. Presentamos la experiencia en vida real en este tratamiento en nuestro centro.

Métodos. Se realizó un estudio unicéntrico incluyendo todos los pacientes tratados con tirbanibulina 1% pomada para QA grado 1 de OSLEN refractarias a otras terapias. El tratamiento se administró una vez al día durante 5 días consecutivos en las mismas lesiones o campo. Los resultados del tratamiento se evaluaron a las 8-10 semanas. La eficacia se midió mediante la reducción porcentual en el índice de área y gravedad de la queratosis actínica (AKASI). Las reacciones cutáneas se recogieron mediante una escala subjetiva donde el paciente debía valorar su intensidad entre ausente, leve, moderada y grave, así como grado de satisfacción

al tratamiento entre bueno, regular y malo. Otras variables analizadas fueron sexo, edad, tratamientos previos y enfermedades concomitantes.

Resultados. Se trató a un total de 15 pacientes, 12 (80%) varones con una mediana de edad 79, (rango 65-90) (tabla 1). Dentro de tratamientos previos, los más frecuentes fueron crioterapia (80%), terapia fotodinámica con luz de día (53,33%) y imiquimod 5% (33,33%). La mediana de la puntuación AKASI inicial fue de 5 (rango 2-8) y AKASI 0 (0-1) después. El 100% de los pacientes alcanzó AKASI- 50 y el 80% logró AKASI - 100 entre las 8-10 semanas después del tratamiento. Ningún paciente refirió reacción local grave, mostrando buena tolerancia y alto grado de satisfacción.

Conclusiones. Tirbanibulina 1% pomada redujo de forma significativa y rápida la puntuación de AKASI en un contexto del mundo real. Las tasas de eliminación completa coincidieron con las observadas en los dos ensayos pivotales. Asimismo, tirbanibulina demostró ser un tratamiento seguro, consiguiendo reacciones locales de intensidad leve y un alto grado de satisfacción del paciente.

P64. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO METASTÁSICO INOPERABLE CON RESPUESTA A PEMBROLIZUMAB EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA PROLIFOCÍTICA T

P. Naranjo Álamo^a, P. Díaz Morales^a, Á. Veiga Vaz^b, G. Suárez Mahugo^a, A.B. Felipe Robaina^a, A. Rebollo Ruiz^a, E. Castro González^a e I. Castaño González^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Hematología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Introducción. El tratamiento con inhibidores de los puntos de control inmune (ICI) en carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) inoperable está en auge, pero los datos sobre su uso en casos de procesos hematológicos concurrentes son escasos. Presentamos un caso de CEC metastásico tratado con pembrolizumab con buena respuesta en paciente con leucemia prolinfocítica T (LPT).

Caso clínico. Varón de 82 años con carcinomas epidermoides de alto riesgo (CECAR) extirpados en 2020. Presentó lesión tumoral parietal izquierda compatible con nuevo CECAR (mal diferenciado, invasión hasta hipodermis e invasión perineural) en contacto con margen profundo, realizándose radioterapia de contacto durante 1 mes. Tras 4 meses se detectó recidiva de lesión parietal con nódulo subcutáneo adyacente, biopsiados con resultado de CEC con invasión vascular y satelitosis, respectivamente.

Se decidió rescate quirúrgico, sin lograr márgenes libres. En las semanas posteriores, aparecieron múltiples nódulos en bordes del colgajo y hemicara ipsilateral, junto a masa cervical de 3 cm evidenciada en TAC. En este punto, se consideró inoperable e irradiable, candidato a inmunoterapia. En analítica de inicio se detectó leucocitosis con frotis sanguíneo compatible con síndrome linfoproliferativo crónico. Tras consenso con Hematología, se decidió iniciar pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas. Las lesiones cutáneas y masa cervical regresaron tras cinco infusiones, pero con progresión de leucocitosis. Previo al sexto ciclo, el paciente ingresó por deterioro clínico en Hematología completando estudio. Fue diagnosticado de LPT y falleció al mes.

Discusión. El CEC avanzado presenta una alta carga mutacional siendo efectivos los ICI en su manejo, alcanzando porcentajes de respuesta global hasta 52% y remisión completa tras 4-6 ciclos. Sin embargo, los pacientes con trastornos hematológicos presentan peores resultados (26,7%) por mayor agresividad tumoral y un sistema inmune disfuncional. La relación entre ICI y desarrollo de neoplasias hematológicas es discutida, aunque la pérdida de supresión de linfocitos T por PD1 podría ejercer su papel. La agresividad y letalidad de la LPT impide determinar la influencia de los ICI sobre esta.

Conclusión. Los ICI han supuesto un tratamiento efectivo para CEC inoperables, siendo necesarios más estudios para evaluar eficacia y seguridad en pacientes con procesos hematológicos.

P65. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 60 CASOS

I. Muelas Rives^a, A. Diago Irache^a, B. Clemente Hernández^a, L. Ollero Domenche^b, A. Ros Anadón^c, C. Fernández Taulés^b, M. Álvarez Salafranca^a, M.C. Gómez Mateo^a e Y. Gilaberte Calzada^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. ^cUnidad Docente. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción y objetivos. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino cutáneo poco frecuente y altamente agresivo, con una incidencia global creciente en los últimos años. El objetivo de este trabajo es describir las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de CCM en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza entre los años 2000 y 2022, así como analizar los principales factores de riesgo, tanto clínicos como histológicos, que influyen en el pronóstico y mortalidad.

Material y métodos. Estudio analítico observacional, retrospectivo, en el que se ha evaluado el manejo terapéutico y los resultados clínicos e histológicos de los pacientes con CCM confirmado histológicamente.

Resultados. En el Hospital Universitario Miguel Servet, entre los años 2000 y 2022, se diagnosticaron 60 pacientes de CCM, detectándose un incremento de la incidencia muy importante en los últimos dos años. El tumor se presentó predominantemente en varones (63,3%) y ancianos (media de edad: 81,3 años). El 20% de los pacientes presentaban inmunosupresión en el momento del diagnóstico. El 63,3% de los tumores se diagnosticaron en cabeza y cuello, seguido de la extremidad inferior (18%). El 46,1% de los pacientes presentaron un estadio localizado al diagnóstico (estadios I y II), mientras que el 25,6% debutaron con metástasis a distancia (estadio IV). Cuarenta y siete pacientes fueron subsidiarios de la cirugía local del tumor cutáneo primario (82,5%). Tras la cirugía, 26 pacientes recibieron radioterapia adyuvante, 7 quimioterapia adyuvante y 6 inmunoterapia con Avelumab. El 73,9% evolucionaron a enfermedad avanzada y el 61,5% fallecieron específicamente por CCM.

Conclusiones. El diagnóstico de carcinoma de Merkel ha aumentado llamativamente en nuestra población en los últimos años. Los varones de más de 80 años, no inmunosuprimidos predominan en nuestra muestra. Aunque casi en la mitad el diagnóstico se hizo en un estadio localizado, más de la mitad fallecieron por el tumor pese al tratamiento. Analizamos el manejo terapéutico llevado a cabo y los factores clínicos e histológicos que intervienen en el pronóstico.

P66. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS PSEUDOQUÍSTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

E.B. Sanz Cabanillas^a, M.C. Jironda Gallegos^b, S. Simonyan^b, M. Colmenero Sendra^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es el sarcoma de piel más frecuente, aunque su incidencia es muy baja. La presentación clínica más común consiste en placas induradas de crecimiento lento con aparición de nódulos a medida que progresa. En la última década se han descrito sus características ecográficas, considerándose útiles no solo para el diagnóstico sino también para la planificación preoperatoria. La resección quirúrgica mediante cirugía de Mohs en diferido se considera de elección dada la alta

tasa de recidiva local. Presentamos 2 casos de DFSP en forma de nódulos violáceos de aspecto quístico.

Casos clínicos. El primer caso es un varón de 70 años valorado por un nódulo violáceo de unos 10 cm en región intrescapular de 2 años de evolución. Se realizó ecografía en la que se observó un nódulo hiperecoico en dermis y tejido subcutáneo de aspecto quístico con refuerzo acústico posterior en contacto con la fascia muscular y con señal doppler intralesional negativa. El estudio histológico mostró células fusiformes y estroma mixoide CD34 y BCL2 positivos con diagnóstico de DFSP de patrón mixoide. Se realizó cirugía micrográfica de Mohs en diferido (2 estadios por afectación del margen profundo). El segundo caso es un varón de 33 años valorado por un nódulo violáceo de 4 cm a nivel escapular izquierdo de 8 meses de evolución. Se realizó ecografía en la que se observó un nódulo hiperecoico en dermis y tejido subcutáneo de aspecto quístico con refuerzo acústico posterior contactando con fascia muscular y con señal doppler intralesional intensa. En el estudio histológico se observaron células fusiformes y patrón estoriforme CD10 positivo y CD34 positivo resultando diagnóstico de DFPS variante fibrosarcomatosa. Se realizó exéresis mediante cirugía micrográfica de Mohs en diferido (2 estadios por afectación del margen profundo).

Discusión. La apariencia pseudoquística tanto clínica como ecográfica de nuestros casos pone de manifiesto la heterogeneidad de este tumor y reafirma el hecho de que la histopatología continúe siendo el gold estándar para el diagnóstico. Destacamos la apariencia pseudoquística como nuevo patrón ecográfico en el DFSP. En nuestros casos la ecografía además puso de manifiesto el contacto del tumor con la fascia muscular y la necesidad de resección de músculo para alcanzar un margen libre en profundidad como ocurrió en ambos casos.

P67. DENSIDAD DE BRESLOW

P. Gil Pallares^a, O. Figueroa Silva^b, L. Taboada Paz^b, M. E. Gil Pallares^c, V. Balboa Barreiro^d, A. Navarro Bielsa^e, D. Sánchez-Aguilar Rojas^f y J.M. Suárez Peñaranda^g

^aDermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bUniversidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela

^cDermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol. A Coruña. ^dEidgenössische Technische Hochschule Zürich. Zurich. Suiza. ^eComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Grupo de Investigación en Reumatología y Salud Pública, Investigación en Enfermería y Cuidado de la Salud. A Coruña.

^fDermatología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

^gDermatología. ^hAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

El índice de Breslow (IB) es considerado el factor pronóstico más importante en pacientes con melanoma cutáneo. Hay otros parámetros clínicos e histopatológicos que también influyen en el pronóstico del melanoma. Uno de ellos es la densidad de Breslow (DB), definida como el porcentaje de dermis ocupado por células invasivas de melanoma, que ha demostrado que podría tener utilidad en la práctica clínica mejorando la estimación del pronóstico en casos de melanomas con el mismo IB. El presente estudio evalúa la utilidad de la DB como predictor de supervivencia de melanoma. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes con melanoma invasivo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Se evaluó la validez de la DB como predictor de supervivencia tras 120 meses de seguimiento en este grupo de pacientes. Se evaluó la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad, la supervivencia específica del melanoma y la supervivencia libre de metástasis. Los resultados obtenidos en nuestra cohorte sugieren que la DB es un marcador histopatológico útil y fácilmente reproducible, con valor pronóstico en la estimación de la supervivencia de pacientes con melanoma.

P68. ERUPCIÓN CUTÁNEA POR DOBLE INHIBICIÓN DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

J. Carrasco Muñoz^a, I.A. Cobo^a, M. Senent Valero^a, N.J. Rico^a, V. Sánchez García^a, J. L. Martí Ciriquian^b y M.M. Blanes Martínez^a

^aDermatología. ^bOncología. Hospital General Universitario. Alicante. España.

Introducción. En los últimos años estamos asistiendo a la aparición de nuevos tratamientos para el cáncer, cuyos efectos adversos se están empezando solo a caracterizar. La doble inhibición del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es actualmente objeto de estudio en el tratamiento del cáncer de pulmón.

Caso clínico. Presentamos dos pacientes, varón de 58 años y mujer de 46, con adenocarcinoma de pulmón avanzado que a las dos semanas de iniciar tratamiento con doble inhibición del EGFR (lazer-tinib y amivantamab) desarrollaron lesiones cutáneas. A la exploración ambos pacientes mostraban papulopústulas con distribución muy extensa en región facial, tronco superior, y uno de ellos también en nalgas. Además, asociaban tricomegalia y paroniquia. La biopsia cutánea mostró hallazgos concordantes con rosácea granulomatosa. Las pruebas microbiológicas fueron negativas. Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de erupción papulopustulosa inducida por anti-EGFR. Se inició en ambos casos tetraciclinas orales, sin mejoría. En la paciente mujer se inició isotretinoína oral, con buena evolución. El varón presentaba fisuras perianales invalidantes que impidieron el uso de retinoides.

Discusión. La erupción papulopustulosa se debe sospechar en aquellos pacientes con papulopústulas en región facial y tronco superior que recientemente han iniciado tratamiento anti-EGFR, siendo su efecto adverso más frecuente (50-90%). El uso de dosis más ajustadas se ha traducido en menor toxicidad en términos generales, pero la introducción de pautas de doble anti-EGFR ha hecho que tanto la incidencia como la agresividad de la erupción aumente en los últimos años, junto con una peor respuesta al tratamiento antibiótico. La afectación de toda la espalda, nalgas y fisuras perianales son hallazgos novedosos en pacientes que reciben esta combinación. Se desconoce si la aparición de este tipo de dermatosis se asocia a mejor respuesta al tratamiento antineoplásico con doble inhibición de EGFR, lo cual sí se produce con estos fármacos en monoterapia.

Conclusión. Los dermatólogos deben estar familiarizados con las toxicidades derivadas de los nuevos regímenes de administración de los fármacos antineoplásicos, para poder llevar a cabo un diagnóstico y manejo correcto de las mismas, pues lo contrario puede conllevar un retraso en la dosis o su interrupción.

P69. LESIÓN NASAL DESTRUCTIVA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

J. Martín-Nieto González, B. Rodríguez Sánchez, L. Zamarro Díaz, M. de la Puente Alonso, L. Jiménez Briones, N. Medrano Martínez, D. Virseda González, M. Córdoba García-Rayó, I. Molina López y R. Suárez Fernández

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma epidermoide de cavidad nasal es una neoplasia de cabeza y cuello, que se origina con mayor frecuencia en el seno maxilar o en la mucosa nasal. Una presentación poco frecuente involucra la extensión local con infiltración cutánea.

Caso clínico. Varón de 59 años, fumador y positivo para el virus VIH con abandono de tratamiento, que presentaba una lesión nasal destructiva de tiempo indeterminado de evolución y rápido crecimiento, acompañada de pérdida de peso y una adenopatía en región mandibular izquierda. Fue ingresado en la unidad de Enfermedades Infecciosas para descartar etiología infecciosa frente a

neoplásica. Se realizó estudio de extensión mediante TAC en el que se detectaron adenopatías peribuccales, broncopulmonares y una lesión cerebral, que planteó diagnóstico diferencial entre un nódulo metastásico y un absceso. En biopsias realizadas de lesión cutánea y adenopatía mandibular, el estudio histológico reveló infiltración dérmica por carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado. Tras presentarse el caso en el Comité de Tumores, se ofreció iniciar quimioterapia paliativa con esquema ERBITAX (Paclitaxel + Cetuximab). Sin embargo, el tratamiento fue rechazado por el paciente, quien finalmente recibió una única dosis de la radioterapia hemostática y descompresiva, ya que rechazó nuevas sesiones, así como cualquier otro tipo de intervención.

Conclusiones. El cuadro clínico del carcinoma epidermoide de cavidad nasal se caracteriza por obstrucción nasal, dolor y rinorrea sanguinolenta. En los estadios avanzados puede asociarse a proptosis, diplopía o clínica neurológica. El diagnóstico de una lesión nasal de rápido crecimiento en el paciente inmunodeprimido requiere de un extenso diagnóstico diferencial, que incluye posibles infecciones por hongos filamentosos y neoplasias como el linfoma T/NK de línea media, el angiosarcoma o el sarcoma de Kaposi, entre otras entidades.

P70. EFECTIVIDAD DE PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL MELANOMA PEDIÁTRICO AVANZADO: REPORTE DE DOS CASOS

P. Díaz Calvillo, J.Á. Rodríguez Pozo, C. Ureña Paniego, A. Soto Moreno, A. Martínez López y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes y objetivo. El melanoma pediátrico es una entidad muy infrecuente cuyo comportamiento biológico y características clínicas difieren de su contraparte en adultos. La ausencia de protocolos de manejo estandarizados en este grupo de población plantea un desafío en la atención de estos pacientes. El objetivo de este estudio es presentar la evolución de dos pacientes pediátricos con melanoma avanzado que recibieron tratamiento adyuvante con pembrolizumab.

Métodos. Descripción de dos casos y revisión de la literatura.

Resultados. El primer paciente, un varón de 13 años con diagnóstico de melanoma nodular estadio IIIC en talón derecho recibió tratamiento adyuvante con pembrolizumab 2 mg/kg cada 3 semanas durante 12 meses, aprobado fuera de ficha técnica. Como complicación durante el tratamiento presentó un síndrome nefrótico asociado a enfermedad de cambios mínimos manejado exitosamente con corticoides. Actualmente, 24 meses después del diagnóstico y 6 meses después del fin de la inmunoterapia, el paciente permanece libre de enfermedad. El segundo paciente, un varón de 10 años con diagnóstico de melanoma spitzoide en estadio IIIC en el muslo derecho, recibió pembrolizumab durante 12 meses, aprobado fuera de ficha técnica. Ocho meses después del tratamiento, experimentó una tiroiditis, que se manifestó con niveles elevados de tiroglobulina en la analítica, y que se resolvió sin requerir tratamiento específico. En la visita de seguimiento a los 24 meses después del tratamiento, el paciente se encontraba libre de enfermedad, presentando solo linfedema leve en el miembro inferior derecho.

Discusión. El tratamiento adyuvante con pembrolizumab ha demostrado ser efectivo en nuestros dos pacientes pediátricos con melanoma estadio IIIC. Los efectos adversos que presentaron durante el tratamiento no fueron graves y se manejaron adecuadamente. El seguimiento activo de los eventos adversos relacionados con el tratamiento, la atención multidisciplinaria y la investigación continua son esenciales para optimizar las estrategias de tratamiento del melanoma pediátrico. Estos dos casos contribuyen al creciente cuerpo de evidencia que respalda la inmunoterapia con pembrolizumab como una opción viable de tratamiento adyuvante para los pacientes pediátricos con melanoma avanzado.

P71. SERIE DE CASOS DE LENTIGO MALIGNO TRATADOS CON IMIQUIMOD TÓPICO AL 5% EN RÉGIMEN DE MONOTERAPIA

A.B. Felipe Robaina, E. Castro González, G. Suárez Mahugo, P. Naranjo Álamo, A. Rebolledo Ruiz e I. Castaño González

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Antecedentes y objetivos. El lentigo maligno (LM) es un melanoma cutáneo in situ que aparece con mayor frecuencia en zonas con daño solar acumulado de personas de edad avanzada. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en todas las guías. Sin embargo, el imiquimod tópico en monoterapia se ha convertido en una alternativa en pacientes con comorbilidades, cirugías con alta morbilidad y rechazo de la cirugía por parte del paciente. Nuestro objetivo es describir los aspectos epidemiológicos, modalidades de tratamiento y resultados clínicos de los pacientes de nuestra unidad con LM tratados con imiquimod 5% en monoterapia.

Métodos. Incluimos a todos los pacientes de 2010 a 2022 de nuestro hospital con diagnóstico clínico, dermatoscópico y/o histopatológico de LM, tratados con imiquimod 5% crema en solitario, con un periodo mínimo de seguimiento de un año.

Resultados. Identificamos 15 casos (10 hombres y 5 mujeres), con una edad media de 75,7 años. Doce pacientes recibieron confirmación histológica previo a inicio del tratamiento. Todas las lesiones cutáneas se localizaron en cabeza, apareciendo con más frecuencia en mejillas (26,7%). Los pacientes fueron tratados de manera continua (53,3%) o con descansos terapéuticos y repetición de ciclos (46,6%) durante una media de 5,8 meses. La posología varió entre tres y cinco días por semana. El régimen fue establecido por la respuesta inflamatoria local individual. Se observaron 2 casos de hiperpigmentación postinflamatoria con resolución completa. Todos los pacientes presentaron remisión de las lesiones sin recaídas, con un tiempo de seguimiento que varió entre 1 y 13 años (media de 5 años). El 60% de los pacientes tenían más de 5 años de seguimiento libre de enfermedad.

Conclusiones. Imiquimod en monoterapia es una herramienta efectiva para el tratamiento de LM en determinadas circunstancias, acompañado de un seguimiento periódico clínico y dermatoscópico mantenido en el tiempo al menos 10 años.

P72. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

I. Loizate Sarrionandia, E. de la Rosa Fernández, J. González Rodríguez, R. Fernández de Misa Cabrera y M.N. Hernández Hernández

Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Antecedentes y objetivos. La enfermedad de Paget extramamaria (EPE) es un adenocarcinoma epitelial poco frecuente que ocurre en la piel rica en glándulas apocrinas. El diagnóstico suele retrasarse, ya que puede simular otras dermatosis. La EPE puede ser primaria o secundaria a una neoplasia oculta. Describimos las características de esta enfermedad en nuestra área.

Métodos. Estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EPE desde enero de 2008 a julio de 2023 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, hospital de tercer nivel de 960 camas que atiende a una población de 500.000 habitantes.

Resultados. Se diagnosticaron 13 casos. El 85% fueron mujeres. La media de edad fue de 68 años. La localización más frecuente fue la vulva (8 casos; 62%) seguida de la región perianal (5 casos; 38%). La presentación clínica fue una placa eritematosa en todos los pacientes. En 10 pacientes (77%) la lesión media más de 5 cm. Ocho pacientes (62%) fueron diagnosticados de EPE primaria, y 2 pacientes

(15%) de EPE secundaria. El informe anatomopatológico de 7 muestras mostró que 5 eran intraepidérmicas y 2, invasivas. El servicio que más diagnosticó esta enfermedad fue Ginecología (9 casos; 69%) seguido de Dermatología (3 casos; 23%) y Urología (1 caso; 8%). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue 8 meses (2-36). El tratamiento más frecuente fue la cirugía (62%); 5 casos (38%) con bordes afectados y 3 casos (23%) con borde libre; 7 casos recidivaron. En los que se trataron mediante técnicas no quirúrgicas el tumor persistió. La persistencia y la recidiva se trató mediante cirugía (2), RT (1), Imiquimod (2) y láser (2), sin conseguir aclaramiento completo. Ningún paciente falleció por causa específica.

Conclusiones. La EPE es más frecuente en mujeres de alrededor de 60-70 años y se suele localizar en área genital y perianal. La mayoría es primaria, aunque hay que descartar la presencia de otra neoplasia subyacente. El tratamiento de elección es la cirugía, aunque como vemos en nuestra serie, en pocos casos resulta curativa precisando de múltiples reintervenciones o técnicas alternativas (láser argón, imiquimod o radioterapia), un seguimiento estrecho y valoración en comités multidisciplinares. La EPE primaria e intraepidérmica presenta buen pronóstico con enfermedad estable y supervivencia mantenida.

P73. TUMOR BAP-1 INACTIVADO (PARTE II)

L. Fernández de la Fuente, S.P. Herrero Ruiz, H. Álvarez Garrido, A.A. Garrido Ríos, J. Ruiz Rivero, D. Arias Palomo y J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

En la reunión GEDOC 2022 presentamos "Tumor BAP-1 inactivado". Actualizamos la evolución del caso durante el último año.

Caso clínico. Mujer de 51 años consulta por múltiples lesiones en cuero cabelludo de años de evolución, compatibles histológicamente con un tumor melanocítico BAP1 inactivado (bapoma). Se realizó extirpación completa de las lesiones con margen de seguridad de 5 mm y se solicitó estudio genético que no detectó mutaciones en el gen BAP-1. Diez meses tras la intervención, consulta de nuevo por molestias en cicatriz, evidenciándose una pápula eritemato-anaranjada, sugestiva de recidiva. Se realiza cirugía radical de dicha lesión, confirmándose la primera recidiva de bapoma.

De nuevo, a los cinco meses se evidencia un área afecta sobre la cicatriz, en forma de úlcera de 17x10mm. Se realiza cirugía radical de dicha lesión, confirmándose la segunda recidiva de bapoma. Dado el curso agresivo y recidivante del tumor en nuestra paciente, se realiza un estudio de extensión con PET-TAC, en el que se observa una gran tumoración renal derecha. La paciente está actualmente pendiente de cirugía urológica, así como ginecológica, por útero miomatoso gigante. Mantenemos seguimiento estrecho en las consultas de Dermatología y se ha solicitado una revisión al estudio genético BAP-1. Por el momento, el tumor cutáneo no ha recidivado.

Discusión. El tumor BAP-1 inactivado es considerado un tumor melanocítico intermedio. El diagnóstico se confirma mediante inmunohistoquímica. BAP-1 es un gen supresor de tumores, y sus mutaciones pueden provocar varios tumores en humanos.

Su tratamiento comprende la extirpación completa con un margen de seguridad. El estudio genético debe ser individualizado. La presentación de este caso es atípica por tratarse de lesiones múltiples, de gran tamaño y con curso recidivante. A pesar de la ausencia de mutación en el gen BAP-1, la evolución del tumor ha motivado, a pesar de la ausencia de recomendaciones estandarizadas, la realización de un PET-TAC en el que se ha observado un tumor renal. Los carcinomas de células renales también tienen asociación con mutaciones en el gen BAP-1 y por ello se ha solicitado la revisión del estudio genético.

Conclusión. Se debe valorar la realización de estudio de extensión en pacientes con tumor melanocítico BAP-1 inactivado múltiples o con un curso recidivante, a pesar de ausencia de mutación en el gen BAP-1.

P74. REACCIÓN URTICARIFORME EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE MELANOMA: REPORTE DE UN CASO

B. Chao Maseda^a, C. Cánovas Seva^a, J. Sáez Padilla^a, M. López-Pardo Rico^a, C. Aliste Santos^b, M.J. Ginarte Val^a, N. Moreiras Arias^a, H. Vázquez Veiga^a, D. Sánchez-Aguilar Rojas^a e I. Rodríguez Blanco^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción. La biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con melanoma es una técnica que se realiza con fines diagnósticos y en la que se puede utilizar el azul V patente.

Material y métodos. Reportamos el caso de un paciente sometido a cirugía de ampliación de márgenes de un melanoma plantar que, cuarenta y cinco minutos después de la inyección de azul V patente, manifestó sensación de mareo y desarrolló una reacción urticariforme con habones de color azulado y eritema circundante. Se realizó biopsia de un habón localizado en antebrazo izquierdo, que determinó que no se cumplían criterios para diagnosticar una toxicodermia ni un proceso vasculítico. Finalmente, se estableció el diagnóstico de urticaria azul.

Discusión. El mecanismo fisiopatológico de alergia a azul V patentado involucra tanto una reacción IgE mediada como una reacción IgE no mediada. Para confirmar dicho proceso alérgico, es de gran utilidad la realización de pruebas de alergia cutánea. Las reacciones alérgicas al azul V patente son poco frecuentes, reportándose únicamente en un 0,17% de su uso. De éstas, únicamente tuvo lugar una reacción anafiláctica en un 0,6% de los casos. Los primeros síntomas empiezan entre 5 y 25 minutos tras la administración, aunque en ocasiones puede prolongarse hasta más de 60 minutos. Se ha observado una relación entre la rapidez de instauración de la clínica y la severidad de la reacción, apareciendo la urticaria azul en reacciones tardías y en áreas más cercanas al punto de inoculación. Además, es importante señalar que la persistencia de color azul en la piel, la orina o el suero puede variar desde horas hasta semanas o meses, sin una asociación clara con la anafilaxia.

Conclusiones. Destacamos la importancia de considerar la posibilidad de una reacción alérgica al azul V en pacientes que desarrollan síntomas cutáneos o sistémicos después de su administración en cirugías de ganglio centinela. El papel de un dermatólogo para la valoración de estas lesiones es fundamental para establecer una etiología y evitar futuras exposiciones al antígeno.

P75. PSORIASIS INDUCIDA POR INMUNOTERAPIA, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Peñuelas Leal, M. Finello, C. Labrandero Hoyos, A. Grau Echevarría, D. Blaya Imbernón, Á. Martínez Doménech y G.M. Pérez Pastor

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Antecedentes. Los inhibidores del punto de control inmunitario (iPCI) son eficaces en el tratamiento de melanoma y diversos tumores sólidos. Su uso puede desencadenar eventos adversos inmunomediados (EAI), frecuentemente cutáneos, incluyendo el desarrollo o exacerbación de la psoriasis. La experiencia actual sobre el tratamiento y la evolución de la psoriasis en pacientes que reciben iPCI es limitada.

Métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes con psoriasis durante el tratamiento con iPCI en un hospital terciario entre 2015 y 2023.

Resultados. Se incluyeron 10 pacientes, con edad promedio de 57,4 años, de los cuales 7 eran hombres y 3 mujeres. Seis recibieron iPCI por melanoma y 4 por tumores sólidos. Los iPCI utilizados fueron pembrolizumab en 5 casos y nivolumab en 5. Cuatro pacientes tenían pso-

riasis previa, controlada con tratamiento tópico, y el resto desarrolló psoriasis de novo. El tiempo medio hasta el desarrollo o exacerbación de la psoriasis fue de 13,6 semanas (2-68). Los EAI se clasificaron de acuerdo a la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) como G1 en 4 casos, G2 en 4 casos y G3 en 2 casos. Ocho enfermos iniciaron tratamiento tópico, con respuesta completa en 6, parcial en 1 y sin respuesta en 1 paciente. En aquellos sin control adecuado con tratamiento tópico, 2 recibieron acitretino, sin adecuado control de la psoriasis en ninguno de ellos y con toxicidad que requirió suspensión en un paciente. Dos pacientes tuvieron que suspender el iPCI debido a toxicidad cutánea refractaria a tratamiento.

Tres pacientes fueron tratados con inhibidores de la interleuquina 23 (IL-23), 2 con guselkumab y 1 con risankizumab, con PASI-0 medio fue de 9, indicado tras fallo terapéutico previo en 1 paciente y por gravedad de psoriasis en 2 de ellos. Los 3 presentaron adecuada respuesta, alcanzando PASI-90 en semana 16, sin reportes de eventos adversos, pudiendo mantener los iPCI en todos ellos.

Discusión. Presentamos una serie de casos de psoriasis relacionada con iPCI, que generalmente se presentó de novo y con tiempo de desarrollo variable. La mayoría de los pacientes tenía psoriasis leve y controlada con tratamiento tópico. En casos graves o refractarios, la acitretina no fue efectiva en nuestra experiencia. Los inhibidores de IL-23 se mostraron como una alternativa segura y eficaz para el manejo de la psoriasis.

P76. TUMORACIÓN EXOFÍTICA DOLOROSA Y ULCERADA EN MUSLO DERECHO ASOCIADA A EDEMA CRÓNICO UNILATERAL DE ORIGEN INCIERTO

M. Menéndez Sánchez^a, G. Greta Dradi^a, J. Simon Griffiths Acha^a, D. de la Vega Ruiz^a, S. de Benito Mendieta^a, A. Méndez Valdés^a, P. Dhimes Tejeda^b, S. Martos Torrejón^c, F. Pinedo Moraleda^b, J.G. Álvarez Fernández^a, R. Miñano Medrano^a y J.L. López Estebaranz^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. ^cTraumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Presentamos el caso de una mujer de 87 años que consultaba por una lesión tumoral en cara interna de muslo derecho, infiltrada, exofítica, ulcerada, de 4,5 x 3,5 x 3 cm de tamaño, y rápido crecimiento. En la exploración se descartaron adenopatías palpables y se observó una disimetría de ambas piernas, con edema y aumento de volumen en miembro inferior derecho (MID) que, según refería la paciente, presentaba desde el nacimiento. Tras dos biopsias incisionales que orientaban hacia una neoplasia dérmica de comportamiento biológico incierto, se decidió realizar extirpación completa de la lesión. El estudio histológico informaba de una tumoración compatible con angiosarcoma ulcerado, con expresión de vimentina, CD31, factor VIII y de forma aislada de CD34 y factor XIIIa. Actualmente se encuentra pendiente de valoración por parte de oncología. Los angiosarcomas cutáneos son tumores malignos de origen vascular y mal pronóstico debido a la alta tasa de recurrencia local y metástasis que asocian. Según la etiología se distinguen los angiosarcomas idiopáticos, más frecuentes, con tendencia a aparecer en la cabeza y cuero cabelludo de pacientes de edad avanzada. Otros casos de angiosarcoma cutáneos se describen en asociación con linfedema crónico, ya sea congénito o adquirido, y son conocidos como síndrome de Stewart Treves (concordante con el caso presentado). Otras posibles causas de este tumor son la radiación y los agentes químicos. El diagnóstico de estas lesiones precisa además de la sospecha clínica, y el apoyo de las técnicas de imagen (estadiaje); la confirmación histológica. El diagnóstico definitivo requiere la expresión de marcadores específicos como CD31, CD34, o el factor VIII. El tratamiento de estas lesiones dependerá del tamaño, localización y estadio del tumor, siendo la cirugía con márgenes amplios y la radioterapia adyuvante, el tratamiento de elección en los tumores localizados y reseables. En tumores irreseables o metastásicos, se emplea de forma

paliativa la radioterapia y la quimioterapia. Presentamos un caso de angiosarcoma asociado a edema crónico en MID, un tumor poco frecuente pero agresivo, y destacamos la importancia de conocer esta entidad e insistir en la vigilancia de los pacientes con linfedema crónico, puesto que el diagnóstico precoz de estas lesiones puede mejorar la supervivencia de los pacientes.

P77. TELANGIECTASIAS ARACNIFORMES MÚLTIPLES EN UNA PACIENTE ONCOLÓGICA, LA RESPUESTA ESTÁ EN LOS FÁRMACOS

E. Fiz Benito, R. Souza de Moraes, G. Servera Negre, R. Gil Redondo y A. Mayor Iburguren

Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción. El tratamiento con ado-trastuzumab emtansina (T-DM1) para el cáncer de mama con positividad para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2), se ha asociado recientemente a la aparición de telangiectasias mucosas y cutáneas.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente con cáncer de mama metastásico HER2 positivo en tratamiento con T-DM1 desde hacía 2 años remitida a nuestras consultas de dermatología para la valoración de múltiples lesiones cutáneas asintomáticas en tronco y extremidades que habían aparecido progresivamente en los últimos meses. El examen físico reveló múltiples pápulas rojizas de aspecto vascular que en la dermatoscopia se mostraban como un punto central conectado radialmente con dilataciones vasculares arboriformes de fino calibre que blanqueaban a la vitropresión, compatibles dichos hallazgos con telangiectasias aracniformes. A nivel analítico únicamente destacaba transaminasitis y trombopenia leves en relación a terapia T-DM1. Tras realizar una biopsia cutánea que confirmaba la sospecha y descartar otras causas de telangiectasias múltiples adquiridas, fundamentalmente infecciosas y del tejido conectivo, se llegó al diagnóstico de telangiectasias aracniformes múltiples en relación a T-DM1. La paciente rechazó el tratamiento con láser al carecer de repercusión estética.

Discusión. El T-DM1 es un anticuerpo monoclonal conjugado cuyos principales efectos secundarios descritos son la diarrea, la elevación de transaminasas, la anemia, la trombopenia y los eventos hemorrágicos. A nivel cutáneo, hay escasos reportes de efectos adversos, si bien en 2014, Sibaud et al describieron una serie de pacientes que estando en tratamiento con T-DM1 desarrollaron telangiectasias cutáneo-mucosas múltiples. Estos mismos autores, en una serie posterior, proponen además que dichas telangiectasias puedan ser un marcador de riesgo para el desarrollo de hemorragias mucosas, pues eventos hemorrágicos que clásicamente se habían atribuido a la trombocitopenia producida por T-DM1, acontecían en pacientes con telangiectasias cutáneo-mucosas sin dicha citopenia. En nuestro caso, el cribado de hemorragias mucosas fue negativo. Dada la posible relevancia clínica derivada de este hallazgo dermatológico en las pacientes en tratamiento con T-DM1, los dermatólogos han de ser conocedores de esta asociación.

P78. TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL MELANOMA CON METÁSTASIS GANGLIONAR

Á. Sánchez Leiro^a, A. Fernández Orland^a, J.J. Ríos Martín^b, L. Ferrándiz Pulido^a y D. Moreno Ramírez^a

^aUnidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. ^bUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El tratamiento de primera línea del paciente con melanoma y metástasis ganglionares reseables consiste en la disección ganglionar completa y el inicio de una pauta de inmunoterapia adyuvante. Recientes estudios han demostrado un mayor beneficio de la inmunoterapia cuando se administra antes de la disección ganglionar (neoadyuvancia) que cuando se administra tan

solo después de la resección del tumor metastásico. El objetivo de este trabajo es describir la respuesta terapéutica, toxicidad y procedimiento quirúrgico llevado a cabo en un primer paciente con metástasis ganglionares sometido a tratamiento neoadyuvante.

Material y método. Hombre de 77 años con melanoma escapular izquierdo estadio T2a (Breslow 1,8mm, no ulcerado), con biopsia selectiva de ganglio centinela axilar izquierda con resultado negativo para micrometástasis. En una visita de seguimiento 2 años después, se identifican 2 nódulos axilares izquierdos mediante ecografía regional que son confirmadas como adenopatías metastásicas mediante PAAF. El estudio de re-estadificación mediante PET indica la ausencia de metástasis en otras localizaciones. Con un melanoma estadio IIIC (T2aN3bM0) con 2 adenopatías axilares metastásicas reseables se plantea en el Comité de Melanoma tratamiento neoadyuvante con pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas.

Resultados. Después de 3 ciclos de pembrolizumab en régimen neoadyuvante el TAC confirma la reducción de tamaño de una de las adenopatías, y la estabilidad del segundo ganglio tumoral. Se procede a disección conservadora de ambos ganglios que son informados anatomopatológicamente como libres de tumor (células neoplásicas necrosadas). El paciente no ha presentado toxicidad durante el período de neoadyuvancia ni relacionadas con la intervención, por lo que se inició ciclo de pembrolizumab adyuvante.

Comentarios. La inmunoterapia neoadyuvante ha demostrado mejorar de forma significativa la supervivencia libre de enfermedad de los pacientes con melanoma metastásicos con respecto a la pauta adyuvante, postoperatoria. Aunque esta estrategia terapéutica está pendiente de regulación, la evidencia disponible respalda plantear en los comités de melanoma su inicio en pacientes seleccionados.

P79. RIESGO Y FACTORES PREDICTIVOS DE CÁNCER CUTÁNEO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

M. Mansilla-Polo^a, J. López-Davía^a, B. de Unamuno-Bustos^a, D. Martín-Torregrosa^a, C. Abril-Pérez^a, Y. Ezzatvar^b y R. Botella-Estrada^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. ^bDepartamento de Enfermería. Universitat de València. Valencia. España.

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) mejora los resultados en trastornos hematológicos graves, malignos e inmunológicos, pero aumenta el riesgo de cáncer secundario. Comprender el riesgo de cáncer cutáneo post-TPH y sus factores contribuyentes es crucial para la vigilancia personalizada del paciente.

Objetivo y fuentes. Analizar la evidencia sobre el riesgo de cáncer de piel post-TPH y sus factores. Búsqueda en MEDLINE, EMBASE y CINAHL hasta octubre de 2023.

Selección de estudios. Inclusión de estudios de cohorte con tasas de incidencia estandarizadas (SIR) o factores de riesgo de cáncer cutáneo post-TPH.

Extracción y síntesis de datos. SIR y riesgos relativos calculados. Protocolo registrado en PROSPERO.

Resultados. Incluyendo 25 estudios con 228,010 receptores de TPH (TPH alogénico, n = 128,414; TPH autólogo, n = 99,596; edad media: 38,1 ± 14.15 años; 86,734 mujeres [38,0%] y 141,276 hombres [62,0%]). El SIR de cáncer cutáneo global fue 7,21 (IC del 95% 3,98-13,08), TPH autólogo 2,25 (IC del 95% 1,37-3,68), y TPH alogénico 10,18 (IC del 95% 5,07-20,43). Factores de riesgo incluyeron ECiH (HR = 2,46 [IC del 95%, 1,88-3,22]), especialmente para carcinoma basocelular (HR = 1,97 [IC del 95%, 1,33-2,92]) y carcinoma de células escamosas (HR=2,87 [IC del 95%, 2,00-4,11]), sexo masculino (HR=2,10 [IC del 95%, 1,53-2,90]), especialmente para carcinoma de células escamosas (HR=1,91 [IC del 95%, 1,06-3,45]), y ex-

posición a voriconazol (HR=2,01 [IC del 95%, 1,12-3,61]). La irradiación corporal total no mostró asociación estadísticamente significativa (HR=0,90 [IC del 95%, 0,60-1,35]).

Conclusiones e importancia. Este estudio destaca la necesidad de vigilancia y prevención del cáncer cutáneo en receptores de TPH. Es crucial prestar especial atención a varones con TPH alogénico y factores de riesgo para detección temprana e intervención.

P80. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO DE LOCALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN ATÍPICA

D. de la Vega Ruiz^a, R. Miñano Medrano^a, E. Gómez de la Fuente^a, R. Gamo Villegas^a, F. Pinedo Moraleda^b, M. Menéndez Sánchez^a, G. Greta Dradi^a, J. Simon Griffiths Acha^a y J.L. López Estebanz^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Introducción. El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) comparte características histopatológicas con el fibroxantoma atípico (FXA) y asocia invasión perivascular, perineural, necrosis y/o infiltración del tejido subcutáneo.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de un varón de 27 años que acude por un nódulo de 1 año y medio de evolución en eminencia tenar de mano derecha de 2 centímetros de diámetro. Sin respuesta tras aplicar corticoides tópicos durante 1 mes, se decide realizar una biopsia con visualización de una proliferación fusocelular dérmica sugestiva de proliferación mesenquimal de comportamiento biológico no precisable y una ecografía cutánea compatible con una lesión tumoral muy vascularizada.

Finalmente, se decide extirpar por completo con resultado de sarcoma dérmico pleomórfico que contacta con el margen quirúrgico profundo de resección. Se decide solicitar estudio de extensión sin evidenciar adenopatías patológicas ni afectación de principales órganos y sin evidencia de enfermedad macroscópica maligna metabólicamente activa. Por último, se decide ampliación de márgenes y cierre con injerto de piel de espesor total, sin evidencia de lesión residual en la pieza quirúrgica final.

Discusión y conclusiones. Nuestro paciente difiere de los casos descritos en la literatura, al tratarse de un varón joven y afectar a una zona de piel no fotodañada como es la palma de la mano. En la serie de casos de FXA y SPD española más amplia, con un total 74 pacientes, la mediana de edad fue de 79,5 años, el 97,3% presentaban antecedentes de daño solar crónico y el 58,1% afectaban a cuero cabelludo. En la literatura, se describe que aquellos FXA que aparecen en miembros y en tronco de gente joven deberían incluirse en el espectro del denominado histiocitoma fibroso atípico (actualmente denominado SPD). En un modelo probabilístico basado en una revisión sistemática, predicen que el margen quirúrgico debe ser de 3 centímetros en el SPD y de 2 centímetros en el FXA, permitiéndose márgenes más estrechos si se dispone de cirugía de control de márgenes. Por último, mientras que la exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección en el SPD, la efectividad de radioterapia y/o quimioterapia en pacientes con enfermedad avanzada o metastásica es desconocida. En casos de SPD de estadio avanzado, se han descrito en la literatura 4 casos con pembrolizumab con resultados satisfactorios.

P81. ABORDAJE DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CON EXTENSA AFECTACIÓN FACIAL: NEOADYUVANCIA, RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN

S. Merino Molina, I. Castaño Uhagón, C. Pérez Ruiz, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es el sarcoma que afecta con más frecuencia a la piel, aunque presenta una baja incidencia en comparación con otros tumores. Se trata de una neoplasia con crecimiento lento pero localmente agresivo, que requiere un diagnóstico temprano y un enfoque terapéutico adecuado para lograr su extirpación completa.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 57 años que consultó por una tumoración indurada y mal delimitada a nivel de rama mandibular derecha, de año y medio de evolución, con crecimiento lento y progresivo. Mediante la biopsia se confirmó el diagnóstico de DFSP, apreciándose células fusiformes en huso sobre un fondo fibrohistiocitario, con inmunohistoquímica positiva para CD34. Tras realizar el estudio de extensión mediante resonancia magnética y tomografía computarizada, se delimitó adecuadamente la lesión de 6 x 7 cm, con afectación a nivel de dermis, tejido celular subcutáneo, fascia y músculo, en contacto íntimo con la rama ósea mandibular, sin invadirla. No se evidenciaron adenopatías patológicas ni lesiones a otros niveles.

Dada la amplia afectación a nivel facial, se presentó en comité multidisciplinar y se decidió iniciar tratamiento neoadyuvante con imatinib, con la intención de disminuir el tamaño tumoral previo a la intervención quirúrgica. Tras 9 meses de tratamiento neoadyuvante, la paciente se intervino por nuestro servicio mediante cirugía de Mohs diferido, alcanzándose la resección completa al segundo pase. Para su reconstrucción, se realizó un colgajo lobulado de rotación tomado de la región cervical, siendo el defecto del cuello reparado mediante injerto de piel total del abdomen. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y actualmente la paciente se encuentra libre de enfermedad, continuando el seguimiento en consultas de Dermatología.

Conclusiones. Este caso muestra la importancia de planificar adecuadamente el tratamiento oncológico cuando nos encontramos ante lesiones con amplia afectación funcional e importante compromiso estético. Gracias al abordaje multidisciplinar, realizando primero tratamiento neoadyuvante y posteriormente una resección mediante la técnica de Mohs en diferido, ha sido posible extirpar la lesión con márgenes libres, buen resultado estético y sin comprometer la funcionalidad oral.

P82. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO. EXPERIENCIA EN GRAN CANARIA

L.F. Godoy Villalón^a, C.F. Figueroa Martín^a, A. San José Rodríguez^a, D. Cameselle Martínez^a, J. Rodríguez López^a, D.I. Islas Norris^a, S. Galeano Reyes^b, M. Z. Hernández Hernández^a y J. Hernández Santana^a

^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Antecedentes y objetivos. El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es una neoplasia mesenquimal infrecuente. El término fue propuesto en el 2012, para describir a neoplasias indistinguibles clínica e histológicamente del fibroxantoma atípico (FXA), pero que presentaban un comportamiento agresivo, con alto riesgo de recurrencia y metástasis. A nivel histológico la necrosis, invasión del tejido celular subcutáneo y/o invasión linfovascular o perineural son características definitorias, y que lo diferencian del FXA. El presente trabajo pretende revisar las características clínicas, epidemiológicas e histológicas en los casos diagnosticados de SPD en nuestro centro.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos diagnosticados de SPD a partir de la base de datos del servicio de anatomía patológica durante los últimos 10 años en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Se revisaron las características clínicas, epidemiológicas, anatomopatológicas, así como tratamiento y evolución.

Resultados. Se recopilaron 5 casos de SPD. La edad media de presentación fue de 75 años, siendo 4 hombres y una mujer. La presentación clínica habitual fue en forma de tumor friable y único en zonas fotoexpuestas, con un tamaño medio de 64 mm y un tiempo de evolución de 8 meses de media. Todos los pacientes fueron tratados mediante resección quirúrgica con márgenes amplios. Un paciente tuvo recurrencia local a los 12 meses de seguimiento y otro paciente metástasis pulmonares, falleciendo a los 12 meses tras el diagnóstico. A nivel histológico todos los pacientes presentaban necrosis e invasión del tejido celular subcutáneo. No se identificó invasión linfovascular ni perineural. Las características descritas son similares a lo publicado en las escasas series de casos disponibles. Se destaca en nuestra serie el tamaño tumoral alcanzado en un breve tiempo de evolución, así como los eventos adversos locales y a distancia, lo que reafirma el comportamiento agresivo de esta neoplasia.

Conclusiones. Presentamos una serie de 5 casos de SPD correspondientes al área sur de Gran Canaria, con características clínicas y epidemiológicas similares a lo descrito en la literatura. Consideramos relevantes para el manejo el tratamiento quirúrgico agresivo y el seguimiento estrecho.

P83. DESORDEN LINFOPROLIFERATIVO POLIMORFO EBV-POSITIVO ASOCIADO A METOTREXATE, FORMA LIMITADA CUTÁNEA

A. Gil Villalba^a, J. J. Vega Castillo^a, M. Narvaez Simón^b, P. García Martín^c, F.J. de la Torre Gomar^a y R. Ruiz Villaverde^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. ^cHematología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Mujer de 58 años con artritis reumatoide (AR) de inicio juvenil en tratamiento con tocilizumab Xmg/kg y metotrexate (MTX) 2,5 mg subcutáneo semanal, consultaba por lesiones cutáneas escasamente dolorosas y pruriginosas de 6 meses de evolución. Cursaban de forma intermitente autorresolviéndose. A la exploración presentaba lesiones en distinto estadio de evolución, las más recientes en forma de nódulos violáceos en piernas y antebrazos, algunos con centro necrótico otras con piel respetada. Dejaban hiperpigmentación residual. Se tomó biopsia cutánea para estudio histológico con hallazgos compatibles con desorden linfoproliferativo polimorfo, virus de Epstein-Barr (EBV) positivo, iatrogénico (metotrexate) (World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours, WHO-HAEM5). La paciente llevaba 15 años en tratamiento con MTX. Se solicitó un PET-TAC que descartó extensión extracutánea. Analíticamente destacaba LDH normal, β 2-microglobulina 4,39 ng/ml (valores normales < 3 ng/ml), IgG + para EBV detectándose carga viral sanguínea (incuantificable < 35UI/ml). Se decidió retirar el metotrexate con remisión completa a los 3 meses. Los desórdenes linfoproliferativos asociados a disregulación/deficiencia inmunológica (IDD-LPDs) son un grupo muy heterogéneo tanto clínica como histológicamente, por lo que la WHO-HAEM5 ha propuesto un sistema de clasificación en base a 3 premisas: (1) diagnóstico histológico, (2) presencia de un virus oncogénico, (3) causa de la inmunodeficiencia. Los asociados a metotrexate tienen una forma de presentación variable, siendo lo más frecuente la afectación ganglionar de tipo linfoma difuso de célula grande B (DLBCL) o linfoma de Hodgkin clásico (CHL). Las formas polimorfas se caracterizan histológicamente por predominio del componente inflamatorio con linfocitos de tamaño variable. La afectación cutánea primaria (pcMTX-LPD) es muy infrecuente en forma de lesiones aisladas (nódulos, placas, úlceras) o múltiples, indoloras y autolimitadas, con tendencia a la regresión tras cesar el MTX. Hasta en la mitad de los casos pueden ser EBV+, siendo difícil de distinguir de la úlcera mucocutánea EBV+. Se ha relacionado un peor pronóstico los casos con marcada eosinofilia y CD5+.

P84. TUMOR ULCERADO DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN UNA PACIENTE JOVEN

M. López-Pardo Rico^a, B. Chao Maseda^a, C. Cánovas Seva^a, J. Sáez Padilla^a, J. M. Suárez Peñaranda^b, H. Vázquez Veiga^a y M. Ginarte Val^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción. El dermatofibroma (DF) es una lesión fibrohistiocítica benigna muy frecuente, que suele aparecer en miembros inferiores de mujeres jóvenes. Característicamente, se manifiesta como un nódulo dérmico eritematoso o parduzco, asintomático, de menos de 2 cm. Al comprimirlo lateralmente se deprime en el centro (signo del hoyuelo). El diagnóstico clínico no plantea dificultades, aunque se han descrito variantes clinicopatológicas que pueden simular malignidad.

Métodos. Se expone el caso de una mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una lesión en pierna izquierda de 2 años de evolución. Refiere rápido crecimiento en los últimos meses, ulceración y sangrado espontáneo. En la exploración física, se evidencia un tumor violáceo con ulceración central, de 3 cm de diámetro mayor; localizado en cara externa de pierna izquierda. Ante la sospecha de una neoplasia maligna (sarcoma, melanoma amelanótico, queratoacantoma...), se decide realizar exéresis completa de la lesión.

Resultados. El estudio histopatológico revela una proliferación celular con arquitectura arremolinada que ocupa todo el espesor de la dermis e infiltra el tejido celular subcutáneo. Las células muestran grados variables de pleomorfismo con baja actividad proliferativa. También se evidencian gran cantidad de células inflamatorias, incluyendo linfocitos, células plasmáticas y abundantes macrófagos, algunos de los cuales contienen hemosiderina. El estudio inmunohistoquímico demuestra positividad difusa de las células de la lesión para factor XIIIa y CD99, siendo negativas las tinciones para CD34 y SOX 10. Actina de músculo liso tiñe algunas células, muy focalmente. MIB1 tiñe un porcentaje bajo de células tumorales.

Discusión y conclusiones. Ante estos hallazgos, se establece el diagnóstico de DF. A pesar de la presentación clínica atípica y el pleomorfismo celular, el índice proliferativo es bajo y no presenta características que permitan excluir dicho diagnóstico. Se han descrito variantes atípicas como el DF gigante (> 5cm), DFs agminados (>15), DF polipode, DF atrófico, e incluso con capacidad metastásica a pesar de su naturaleza benigna. Se aconseja la exéresis completa con márgenes libres, dado que existe la posibilidad de recurrencia local. Además, el examen histopatológico de la totalidad de la pieza es fundamental para establecer el diagnóstico adecuado.

P85. IDENTIFICACIÓN DE DOS SUBGRUPOS TRANSCRIPTÓMICOS EN QUERATOSIS ACTÍNICA: DIFERENCIACIÓN ENTRE PERFILES SIMILARES A LA PIEL NORMAL Y AL CARCINOMA ESCAMOSO MEDIANTE RNA-SEQ

J. Cañueto Álvarez^a, R. Corchado Cobos^b, N. García Sancha^c, C.D. Machado Cardona^a, A.A. Cabanillas Cabral^a, L. Bejarano Antonio^a, L.A. Corchete Sánchez^c y J. Pérez Losada^c

^aDermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^bCentro de Investigación de Cáncer. Universidad de Salamanca. ^cCentro de Investigación del Cáncer. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La queratosis actínica (QA) es el factor de riesgo independiente más importante para el desarrollo de carcinoma escamoso cutáneo (CEC). La descripción de las QA es esencialmente clínico-patológica y su caracterización molecular no está completamente definida. Nos propusimos evaluar un espectro de agresividad piel normal hacia CEC, con particular atención en las QA.

Métodos. Se ha realizado un estudio RNA-Seq que incluye piel normal (N=7), QA grado II clínicamente similares (N = 8), CEC de bajo riesgo (N = 10) y CEC de alto riesgo (N = 9). Se extrajo el RNA total de las muestras Kit de QIAGEN (ref: 74134). La calidad y cantidad del ARN se evaluó mediante el Bioanalyzer (Agilent) (RIN > 8,5, 10 ng/μL). La secuenciación se realizó en el Next-seq500 en Flowcell Mid 150 para generar lecturas de 75 pb de longitud, pareadas. Se realizaron 75 millones de lecturas por muestras. Procesamiento de datos de secuenciación mediante STAR y DESeq2. Las vías biológicas y los análisis de conjuntos de genes se realizaron mediante GSEA utilizando el paquete ClusterProfiler R, centrándose en las vías Hallmark del cáncer del paquete msigdb para obtener información biológica.

Resultados. De las muestras analizadas, identificamos 1332 genes que mostraron diferencias significativas de expresión entre la piel normal y las QA. Se identificaron dos subgrupos de QA. Un subgrupo que presentó un perfil transcriptómico más parecido a piel normal exhibió una regulación al alza de genes asociados con procesos biológicos específicos de homeostasis epidérmica y metabolismo mientras que un subgrupo más similar al CEC mostró una sobreexpresión de genes implicados en proliferación celular e inflamación. Las vías de señalización de E2F, cMYC, respuesta de interferón alfa y gamma e interleucina Il6/JAK/STAT3 e Il2/STAT5, entre otras, estaban enriquecidas en el subgrupo con mayor similitud a los tumores.

Conclusiones. El análisis de RNA-seq permitió identificar dos subgrupos molecularmente distintos de QA. Uno de estos subgrupos mostró un perfil transcriptómico más parecido a la piel normal, mientras el otro tenía más similitudes con los CEC. La identificación de dos subgrupos transcriptómicos en la queratosis actínica (QA) mediante RNA-seq puede ayudar en su manejo clínico y facilitar el desarrollo de terapias personalizadas.

P86. LÍMITES A LA CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO EN BASE A FACTORES CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS: ESTUDIO PILOTO DE COHORTES RETROSPECTIVO

M. Martins Lopes^a, C.D. Carmona Machado^b, J. Martín Vallejo^c, S. Becerril Andrés^a, G. Baeza Hernández^a, L. Puebla Tornero^a y J. Cañueto Álvarez^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Universidad de Salamanca. ^cUniversidad de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La estratificación pronóstica del carcinoma escamoso cutáneo (CEC) sigue siendo un motivo de preocupación, dada su relevancia en el manejo del paciente. Recientemente Zakhem et al., en un metaanálisis, demostraron que, de aquellos factores de riesgo (FR) evaluados en más de un estudio, existían 7 con impacto en el pronóstico: tamaño tumoral, invasión más allá de la grasa subcutánea, inmunosupresión, invasión linfovascular, invasión perineural, desmoplasia, budding tumoral y pobre grado de diferenciación. En este estudio pretendemos identificar el impacto de una clasificación basada en los 7 FR identificados y compararlo con los dos sistemas de clasificación más populares (BWH y AJCC8) en una cohorte retrospectiva de 794 pacientes.

Métodos. Se realizó un sistema de clasificación de cuatro niveles que incluía 0, 1-2, 3-4 y > 4FR. Luego se examinó la función de incidencia acumulada para la recurrencia local, las metástasis ganglionares, las metástasis a distancia y la muerte específica por CEC, utilizando la prueba de Gray y considerando la muerte por otras causas como un riesgo competitivo. Se aplicó el método de regresión proporcional Fine-Gray a este nuevo sistema de clasificación, al BWH y al AJCC8.

Resultados. Las curvas de supervivencia eran monotónicas en los tres sistemas de clasificación pero varias de ellas se superponían en

el sistema de clasificación AJCC8. A pesar de que la HR difirió ligeramente entre el sistema de clasificación basado en los siete FR y el BWH, y las curvas con más de 4 FR mostraron mayor HR, las incidencias acumulativas a los 5 años para metástasis ganglionares fueron bastante similares para BWH (4,5%[2,6-7,2%] para T1-BWH, 9%[5,8-9,1%] para T2a-BWH, 26,9%[20,5-33,3%] para T2b-BWH y 44,4%[24,9-62,3%] para T3-BWH) y para el sistema de clasificación de siete factores de riesgo (2,4%[0,9-5,3%] para 0 FR, 8,6%[6-11,8%] para 1-2 FR, 27,7%[20,7-35,1%] para 3-4 FR y 49,4%[30,9-65,4%] para > 4FR), y fue similar para otros eventos de resultado.

Conclusiones. Parece que estamos alcanzando el límite en la discriminación pronóstica del CEC en base a factores clínico-patológicos y la incorporación de muchos FR no parece mejorar significativamente la distinción de los sistemas, por lo que la incorporación de marcadores moleculares podría ser el siguiente paso en la práctica clínica.

P87. LA INFLUENCIA DEL EXPOSOMA EN EL CARCINOMA ESPINOCELULAR, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES

A. Navarro-Bielsa^a, T. Gracia-Cazaña^a, P. Gil-Pallares^b, M. Almenara-Blasco^a, M. Almagro^c, S. de la Fuente-Meira^d, Á. Flórez^e, O. Yélamos^f, T. Montero Vilchez^g, C. González Cruz^h, A. Diago Irache^a, I. Abadías Granadoⁱ, V. Fuentelsaz^j, M. Colmenero^k, J. Bañuls^l, S. Arias Santiago^m, A. Buendía Eisman^m e Y. Gilaberte^a

Dermatología. ^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol. ^cComplejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ^dHospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. ^fHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^gHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^hHospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. ⁱHospital de Barbastro. Barbastro. Huesca. ^jHospital Royo Villanova. Zaragoza. ^kHospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^lHospital General Universitario. Alicante. ^mUniversidad de Granada. Granada. España.

Antecedentes. El concepto de exposoma se refiere a las exposiciones ambientales totales, dañinas o beneficiosas, que pueden ayudar a predecir las respuestas biológicas del organismo al medio ambiente. La radiación ultravioleta es principal agente etiológico del cáncer de piel. Sin embargo, la contaminación ambiental, la dieta o el estilo de vida también pueden influir como se ha demostrado en los últimos años.

Objetivo. Estudiar la asociación entre el carcinoma espinocelular (CE) y la exposición solar, la dieta, la contaminación, el estrés y el estilo de vida de la población española.

Método. Estudio de casos y controles multicéntrico llevado a cabo por 13 dermatólogos de España entre abril de 2020 y agosto de 2022. Los casos fueron pacientes diagnosticados de CE y los controles acompañantes sin antecedentes de cáncer de piel.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes con CE y 127 controles, edad media 76,46 (DE 10,1) y 55,7 (DE 15) respectivamente. El grupo con CE trabajó más al aire libre (475% vs. 22,4%, $p < 0,001$) y más años (29,6 vs. 15,4, $p < 0,001$), con menos exposición recreativa (tomar el sol, $p = 0,05$ y deportes al aire libre, $p = 0,01$), menos ingresos anuales ($p = 0,01$), con un aumento de la exposición al tabaco ($p < 0,001$) y a ciertos fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, betabloqueantes, estatinas, hidroclorotiazida, inhibidores de la ECA, metformina y omeprazol) $p < 0,05$. El grupo control pasó más horas trabajando con pantallas ($p < 0,001$), y realizó más actividades de relajación ($p = 0,03$). El ácido linolénico y el menor consumo de café fueron los únicos alimentos que se asociaron a CBC ($p < 0,05$).

Conclusiones. El estudio encontró una asociación significativa entre el CE y múltiples factores relacionados con el exposoma,

además de la exposición solar crónica en la población española. Las estrategias de prevención primaria deberían dirigirse a poblaciones específicas, como trabajadores al aire libre, promoviendo conductas seguras frente al sol y actividades que reduzcan el estrés, además de una adecuada fotoprotección cutánea sobre todo en pacientes bajo determinadas medicaciones asociadas a CE.

P88. ERUPCIÓN TIPO QUERATOSIS PILAR SECUNDARIA A NILOTINIB. ¿UN POSIBLE MARCADOR DE TOXICIDAD HEPÁTICA?

S.P. Herrero-Ruiz, L. Fernández de la Fuente, B. Echeverría-García, J. Ruiz Rivero, H. Álvarez Garrido, A.A. Garrido-Ríos, D. Arias Palomo y J. Borbujo

Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción. El aumento del uso de la terapia dirigida para el tratamiento de múltiples enfermedades neoplásicas ha incrementado el número de reacciones cutáneas a los mismos, siendo algunas de ellas específicas de cada fármaco.

Caso clínico. Mujer de 60 años con leucemia mieloide crónica en seguimiento por Hematología que inicia tratamiento con nilotinib por fracaso terapéutico de imatinib. A los cinco días acude a urgencias por aparición de lesiones pruriginosas en escote y miembros superiores. A la exploración se observan en espalda, escote, cara externa de ambos brazos, frente y mejillas múltiples pápulas levemente eritematosas, foliculocéntricas, rasposas al tacto, compatibles con el diagnóstico de queratosis pilar. Se pauta tratamiento con metilprednisolona en emulsión y cetirizina oral con buen control sintomático. A las dos semanas precisa suspensión del fármaco por toxicidad hepática grave con resolución completa de las lesiones.

Discusión. El nilotinib es un inhibidor de la Bcr-Abl tirosin-quinasa de segunda generación aprobado recientemente para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica. Aunque estructuralmente es similar al imatinib, se trata de un fármaco más potente y con mayor dominio de acción. Generalmente son fármacos bien tolerados, aunque hasta un 30% de los pacientes pueden presentar reacciones adversas cutáneas. Las más frecuentes son prurito, xerosis y alopecia. Existen pocos casos reportados de reacciones tipo queratosis-pilar en relación con el uso de estos fármacos, sin asociarse hasta el momento con el desarrollo de hepatotoxicidad. El mecanismo etiopatogénico es desconocido, aunque se postula que se produce debido a alteraciones en la tirosinquinasa de las células del folículo piloso. Corticoides tópicos, queratolíticos tópicos y retinoides se han empleado como tratamiento, con resultados variables. Se trata de un efecto secundario característico, aunque poco frecuente, de esta familia de fármacos.

Conclusiones. El nilotinib es un fármaco empleado para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica. Se ha reportado una serie de casos aislados con una reacción tipo queratosis pilar de forma característica secundaria al mismo. Un manejo adecuado con queratolíticos y corticoides tópicos puede evitar la suspensión del mismo. Mayores estudios son necesarios para demostrar si puede ser un marcador para el desarrollo de hepatotoxicidad.

P89. UN CASO DE DERMATOSIS NEUTROFÍLICA INDUCIDA POR FÁRMACOS INHIBIDORES DE PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO

I. Albert Cobo^a, J. Carrasco Muñoz^a, N.J. Rico^a, M. Senent Valero^a, R. Hernández Quiles^a, V.C. Redondo^b y M.M. Blanes Martínez^a

Dermatología. Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

Introducción. La inmunoterapia ha revolucionado el tratamiento del paciente oncológico, sin embargo, el espectro de la toxicidad inmunorrelacionada es muy amplio y continúa investigándose.

Descripción. Presentamos el caso de una mujer de 62 años remitida por una erupción cutánea tras la administración de inmunoterapia con ipilimumab y nivolumab por un carcinoma renal avanzado. Tras cada ciclo de inmunoterapia, aparecían placas eritematoedematosas, calientes al tacto y fiebre. En las pruebas complementarias, destacaba neutrofilia con elevación de reactantes de fase aguda. En la histología se observó un infiltrado inflamatorio con neutrófilos desde dermis profunda hasta el lobulillo graso, sin vasculitis. Se descartaron infecciones, paniculitis pancreática y déficit de alfa-1-antitripsina. Sospechándose una dermatosis neutrofílica inducida por inmunoterapia, se retiró nivolumab y se iniciaron corticoides sistémicos. Pese al tratamiento, experimentó nuevos episodios tras cada ciclo de inmunoterapia, por lo que se añadió dapsona 50 mg/día, controlando la enfermedad sin retirar ipilimumab.

Discusión. Los fármacos inhibidores de punto de control inmunitario (IPI) pueden producir la activación de diferentes vías inmunológicas (CTLA-4, PD-1 o PD-L1) con células T CD4/CD8 efectoras que tienen un beneficio antitumoral, aunque también sus efectos adversos cutáneos. Es ipilimumab el que induce con más frecuencia efectos adversos cutáneos, siendo el riesgo menor para los anti-PD1 y los anti PD-L1.

Se han descrito diferentes dermatosis inflamatorias como psoriasis, prurito, eczema, dermatitis granulomatosas y dermatosis neutrofílicas. De estas, la mayoría son síndrome de Sweet, aunque también pioderma gangrenoso y pustulosis exantemática generalizada aguda. La mayoría de los casos de dermatosis neutrofílicas responden a corticoesteroides sistémicos, aunque pueden utilizarse inmunosupresores como ciclosporina o la suspensión del IPI. No obstante, teniendo en cuenta en cuenta el contexto oncológico de la paciente, no podemos descartar que sea un fenómeno paraneoplásico.

Conclusión. Consideramos que es importante tener en cuenta este diagnóstico en el enfoque del paciente oncológico por su importancia en el diagnóstico diferencial, sobre todo con complicaciones infecciosas.

P90. SONIDEGIB PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

S. Corral Pavanelo, M.D. Benedicto Maldonado, I. Castaño Uragón, P. Luque Varela, C. Pérez Ruiz y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Antecedentes y objetivos. Estudiar la eficacia y seguridad del tratamiento con Sonidegib en pacientes con carcinoma basocelular avanzado en la experiencia clínica.

Métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo incluyendo un total de nueve pacientes, los cuales habían iniciado tratamiento para el carcinoma basocelular avanzado con Sonidegib.

Resultados. La cohorte incluyó un total de nueve pacientes de los cuales cinco eran mujeres y cuatro hombres, con una edad media de 74,22 años (DS 10,18). De tres de los pacientes, con lesiones en área nasal y periocular, que previamente habían sido intervenidos quirúrgicamente y recibido radioterapia adyuvante, dos de ellos mostraron una respuesta parcial al tratamiento con Sonidegib (entendido como reducción o mantenimiento del tamaño tumoral al año de iniciar la terapia), mientras que uno mostró una respuesta completa (entendida como desaparición de tumor al año de iniciar la terapia). Un paciente con lesión en cuero cabelludo fue intervenido quirúrgicamente y recibió tratamiento previo con Vismodegib, tras lo cual inició Sonidegib con respuesta parcial al mismo. Otro de los pacientes con lesión en extremidad inferior perdió el seguimien-

to por fallecimiento. En otro caso, con lesión en ala nasal y tratamiento únicamente quirúrgico previo, se ha observado una respuesta parcial al tratamiento con Sonidegib. De igual forma, otro paciente con lesión en párpado inferior, pero sin tratamiento previo, inicio Sonidegib con respuesta parcial al mismo. Dos de los pacientes se encuentran actualmente en seguimiento con respuesta parcial (en evaluación previa al año). En relación a los efectos secundarios, los más frecuentes fueron sabor metálico (referido por dos pacientes) y molestias digestivas transitorias (un paciente) al inicio de la terapia, sin requerir modificación de posología, salvo en un paciente en el que se pautó la dosis estándar a días alternos por astenia y mialgias desde el inicio del tratamiento, con resolución tras el cambio. **Conclusiones.** Nuestros hallazgos muestran la efectividad y seguridad de Sonidegib en la práctica clínica real en pacientes con carcinoma basocelular avanzado, lo cual contribuye a la evidencia de este fármaco ya demostrada en estudios previos.

P91. RIESGO DE PROGRESIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO SEGÚN LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA EN LA POBLACIÓN DEL ÁREA VII DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

J.C. Romera Pallarés, J. Navarro Pascual, E. Cutillas Marco, B. Rebollo Caballero, J. P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco y J. Ruiz Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El melanoma constituye la primera causa de muerte global por cáncer de piel. Se han descrito multitud de factores predictores de progresión, existiendo controversia en la literatura sobre cómo influye la localización anatómica del tumor primario en el pronóstico.

Objetivo. Conocer el riesgo de progresión tumoral y muerte por melanoma en función de su localización anatómica en la población del Área VII de salud de la Región de Murcia.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma entre los años 2011 y 2017. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y topográficas de un total de 181 melanomas. Se anotó la localización anatómica dividiendo la superficie corporal en bloques de entre un 2% y 9% de superficie. Igualmente se recopiló si el tumor asentaba en una ubicación anterior o posterior.

Resultados. Desglosando la localización en anterior, posterior, lateral e inferior, encontramos que la localización más frecuente sobre la que asentaba el melanoma era la posterior (70), seguida de la ubicación anterior (40), lateral (12) e inferior (6). En los 53 casos restantes no se especificó la localización concreta del melanoma. Observamos que la tendencia a la progresión tumoral era mayor en las áreas anteriores del cuerpo (7 de 40 casos, 17,5%) que en áreas posteriores (6 de 70 casos, 8,6%), aunque las diferencias no llegaban a ser significativas ($p = 0,139$). Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas entre la localización anteroposterior y la mortalidad ($p = 0,047$). Los melanomas localizados en áreas anteriores del cuerpo se asociaron a una mortalidad mayor (20% vs. 7,1%). En cuanto a la localización anteroposterior, no se encontraron diferencias significativas en los meses hasta progresión ($p = 0,096$), pero sí se observaron diferencias en los meses hasta muerte por melanoma ($p = 0,025$).

Conclusión. La localización del melanoma en las áreas anteriores del cuerpo se asoció a una mayor mortalidad ($p = 0,047$) y a una peor supervivencia ($p = 0,025$) en comparación con aquellos que asentaban en áreas posteriores. La razón de este peor pronóstico en las localizaciones anteriores no está clara, siendo necesarios más estudios para esclarecer si verdaderamente estos melanomas se asocian a un peor pronóstico y los motivos por los que esto se puede deber.

P92. EXPERIENCIA DE USO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE TIRBANIBULINA. COHORTE DE 34 PACIENTES

M.D. Benedicto Maldonado, I. Castaño Uragón, S. Merino Molina, E.A. Martínez García, J.A. González Saavedra y E. Herrera Acosta

Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. Tirbanibulina es un fármaco aprobado para el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas mediante la inhibición de la polimerización de microtúbulos.

Materiales y métodos. Estudio observacional, unicéntrico, prospectivo sobre una cohorte de pacientes que iniciaron tratamiento con tirbanibulina según indicaciones de ficha técnica. Se recogieron datos demográficos de cada paciente. Se registró iconografía antes y después del tratamiento y la localización. La respuesta al tratamiento y eventos adversos fueron evaluados al mes-dos meses.

Se analizaron la presencia de síntomas irritativos mediante una escala verbal numérica en la que 0 consistía en ausencia de esta sintomatología, 1 leve, 2 moderado y 3 grave.

Se analizó la presencia de eritema, en el cual 0 fue ausencia, 1 leve, 2 moderado y 3 grave. Se analizó la presencia o ausencia de costra. La respuesta fue evaluada en total, parcial o ausencia de respuesta.

Resultados. Se analizaron datos de una cohorte de 34 pacientes. La localización más frecuente fue la cara, presentando lesiones a dicho nivel 23(67,65%) de los pacientes.

Los pacientes que presentaron síntomas irritativos fueron de carácter leve, presentando 5 (14,7%) quemazón, 2 (5,88%) pinchazo, 5 (14,7%) picor 4 (11,76%) hormigueo y 2 (5,88%) dolor. En cuanto al eritema en 6 (17,65%) casos hubo ausencia de eritema, en 12 (35,29%) fue leve, 8 (23,52%) moderado y 1 (2,94%) grave. Ningún paciente presentó costra. En cuanto a la respuesta fue total en 22 (64,7%) pacientes y parcial en 3 (8,82%) de ellos.

Discusión y conclusiones. Tirbanibulina presenta un mecanismo de acción para el tratamiento de queratosis actínicas novedoso. Los datos reportados en estudios iniciales muestran bajas tasas de eventos adversos, con presencia de síntomas irritativos de carácter leve similares a los obtenidos en este estudio. En nuestro estudio se encontró una eficacia mayor a la reportada, con un 64,7% de aclaramiento completo comparado con un 44 y 54% obtenido en dos de los principales estudios.

Por esto, tirbanibulina se posiciona como una alternativa para el tratamiento de la queratosis actínica no hipertrófica que aporta ventajas sobre tratamientos convencionales en cuanto a duración del tratamiento, con buenas tasas de curación sin provocar inflamación ni síntomas irritativos tan notorios que aparecen con otros tratamientos comercializados.

P93. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LA UNIDAD UNGUEAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

M. Córdoba García-Rayó^a, A. Pulido Pérez^a, D. Vírveda González^a, L. Jiménez Briones^a, N. Medrano Martínez^a, B. Rodríguez Sánchez^a, J. Martín-Nieto González^a, V. Parra Blanco^b y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide es el tumor maligno que afecta más frecuentemente al aparato ungueal. Se ha descrito la asociación de la infección crónica por el virus del papiloma humano (VPH) y el desarrollo de esta neoplasia. El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas y del tumor en pacientes con carcinomas epidermoides subungueales, así como el tratamiento realizado y su relación con el VPH.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas electrónicas en un periodo de 10 años.

Resultados. Se recopilaron 6 casos de carcinomas epidermoides subungueales (5 de los 6 tumores fueron carcinomas epidermoides intraepidérmicos). La media de edad de los pacientes fue de 61,5 años, con un predominio masculino (100%). La localización más frecuente fue el tercer dedo de la mano derecha (66,7%). Ninguno de los pacientes presentó afectación ósea subyacente. Se detectó la presencia de DNA de VPH en 4 de los pacientes. Los serotipos detectados fueron: 56 (en dos pacientes), 73, 67 y 16 (en un paciente, respectivamente). En el caso de un paciente inmunodeprimido por un proceso linfoproliferativo se detectaron dos serotipos de VPH (56 y 73). En cuanto al tratamiento, en el 83,3% de los casos se realizó cirugía micrográfica de Mohs y cobertura con injerto de piel total, en un solo caso se realizó extirpación radical. El seguimiento medio fue de 43,58 meses. Se detectó una recidiva oncológica en un paciente (16,67%) al que se realizó extirpación de la lesión, que se trató posteriormente con cirugía micrográfica de Mohs. Asimismo, en un paciente inmunodeprimido (16,67%) se detectaron lesiones asociadas a VPH en regiones periungueales y en la región genital, que se trataron con crioterapia y cidofovir tópico. Ninguno de los pacientes ha presentado otras recidivas en el seguimiento.

Conclusiones. El carcinoma epidermoide subungueal afecta frecuentemente a varones alrededor de los 60 años. La localización en los dedos de las manos junto con la detección del VPH podría estar en relación con la transmisión genito-oral del virus. La cirugía de Mohs es el tratamiento que ha demostrado menos recidivas. Es importante mantener una alta sospecha clínica en oncodistrofias refractarias e incluir el carcinoma epidermoide en el diagnóstico diferencial.

P94. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO CON SONIDEGIB. UNA SERIE DE SIETE CASOS

M.C. Matei, A. Navarro Bielsa, M. Almenara Blasco, L. Bernal Masferrer, I. Muelas Rives y A. Diago Irache

Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. Los inhibidores de la vía Hedgehog, vismodegib y sonidegib, se han convertido en el tratamiento de primera línea de carcinomas basocelulares localmente avanzados (CBCla) no operables o no tributarios de tratamiento con radioterapia.

Casos. Presentamos una serie de 7 casos de CBCla tratados con sonidegib. Correspondieron a 3 hombres y 4 mujeres, la mayoría de edad avanzada salvo dos pacientes de 44 y 45 años. Presentaron tumores inoperables y no tributarios de tratamiento con radioterapia, teniendo 3 de ellos múltiples carcinomas basocelulares. Las localizaciones fueron en espalda, tronco, cara y oreja. Los casos localizados en espalda correspondieron a grandes tumores de más de 20 cm de diámetro y décadas de evolución. Seis de los pacientes recibieron tratamiento con sonidegib mientras que uno inició tratamiento con vismodegib pero, ante progresión del tumor, finalmente se cambió a sonidegib, con buena respuesta. En todos los casos hubo una respuesta, al menos parcial, pudiendo realizarse cirugía de rescate en dos de ellos. Como efectos secundarios más frecuentes se encontraron espasmos musculares, alopecia, problemas gastrointestinales, disgeusia, pérdida de apetito y fatiga. Solo en un paciente hubo que suspender el tratamiento por este motivo, siendo suficiente la disminución de la dosis a días alternos en la mayoría de los pacientes.

Discusión. Tanto vismodegib como sonidegib han demostrado buena respuesta en el tratamiento del CBCla (entre el 33% y 71,2% según estudios). Los efectos adversos, aunque leves, son frecuentes y pueden influir en la adherencia al tratamiento de los pacientes, pudiendo mejorarla espaciando la dosis. En nuestra experiencia, el tratamiento en monoterapia con sonidegib ha demostrado tener, al menos, una respuesta parcial en todos los casos. Su uso en neoady-

uvancia puede permitir que un CBCLa se convierta en un tumor quirúrgicamente abordable. En la mayoría de los pacientes se espera continuar con el tratamiento.

P95. EL TIPO NODULAR, PERO NO LOS NIVELES DE VITAMINA D, AUMENTA EL RIESGO DE SEGUNDOS CÁNCERES PRIMARIOS EN PACIENTES CON MELANOMA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 663 PACIENTES

E. Manrique-Silva^a, A. Massa^b, C. Requena Caballero^a, R. Kumar^c y E. Nagore Enguídanos^a

^a*Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.* ^b*Dermatology. University of Parma. Parma. Emilia-Romagna. Italia.* ^c*Institute of Medical Biometry. University of Heidelberg. Heidelberg. Rheinland-Pfalz. Alemania.*

Antecedentes. La deficiencia de vitamina D se asocia con el riesgo de desarrollar muchas enfermedades, entre ellas el cáncer. A nivel molecular, la vitamina D parece tener un efecto antineoplásico. Sin embargo, el papel de la deficiencia de vitamina D en la patogénesis del cáncer sigue sin dilucidarse y numerosos estudios han arrojado resultados discordantes. Este estudio tenía como objetivo determinar si la deficiencia de vitamina D durante el diagnóstico de melanoma aumenta el riesgo de desarrollar segundos cánceres primarios no cutáneos (SPC).

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo incluyendo 663 pacientes diagnosticados de melanoma entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de octubre de 2022. El efecto de cada variable sobre el desarrollo de un cáncer no cutáneo posterior se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y las diferencias se evaluaron mediante pruebas de log-rank. Para cuantificar el efecto de cada variable en el tiempo hasta desarrollar una neoplasia no cutánea se utilizaron análisis uni- y multivariados y el modelo de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados.** De 663 pacientes, 34 desarrollaron una neoplasia no cutánea. No hubo asociación estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y el desarrollo de una neoplasia no cutánea (log-rank, $p = 0,761$). La edad > 60 años, el estadio III/IV y el subtipo de melanoma nodular se asociaron significativamente con el desarrollo de un SCP. Tras el análisis multivariante, solo se incluyeron en el modelo final la edad > 60 años (HR 3,4; IC del HR 95%:1,5-7,6) y el subtipo de melanoma nodular (HR 2,2; IC del HR 95%:1,0-4,8).

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que la deficiencia de vitamina D no se asocia con un mayor riesgo de desarrollar SCP no cutáneo en pacientes con melanoma. Sin embargo, la edad superior a 60 años y el subtipo de melanoma nodular aumentan el riesgo de desarrollo de SCP no cutáneo.

P96. DESCRIPCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DE SONIDEGIB EN PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.Á. Sirvent Sáez, A. Ruiz de Casas, J.P. Tirado Pérez, N. Eirís Salvado, A. Fernández Orland y D. Moreno Ramírez

Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. Sonidegib es un inhibidor de la vía de señalización Hedgehog indicado en el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCLa) no reseccable. A pesar de representar una opción terapéutica segura en general, la aparición de efectos adversos (EAs) constituye una de las principales razones para la interrupción del tratamiento. El objetivo de este estudio es analizar los EAs de sonidegib en nuestros pacientes.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con CBCLa no reseccable localizados en el polo cefálico (región facial y cu-

ero cabelludo) y atendidos en el Área de Cáncer Cutáneo No Melanoma de la Unidad de Dermatología durante el período del 18 de febrero de 2021 al 31 de julio de 2023. Los pacientes incluidos realizaron tratamiento con sonidegib a dosis de 200 mg al día.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron un total de 8 pacientes, 4 hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre 71 y 97 años. El 75% había realizado tratamientos previos como cirugía, radioterapia o vismodegib. La media de duración del tratamiento con sonidegib fue 9,75 meses (rango: 5-18 meses). El 75% de los pacientes desarrollaron al menos un EA durante el tratamiento de los que el 63,6% fueron leves-moderados (grado 1-2), y el 36,3% graves (grado 3). Ningún paciente desarrolló EAs de grado 4. Los EAs más frecuentes fueron disgeusia (50%) y pérdida de peso (50%), seguidos de calambres musculares (37,5%), alopecia (37,5%), astenia (37,5%) y anorexia (37,5%). El EA más precoz fue la astenia (media 2,33 meses) seguida de los calambres musculares (4 meses) y la alopecia (4,33 meses). El 50% de los pacientes suspendió el tratamiento por intolerancia a los EAs. De ellos, el EA que con más frecuencia motivó la interrupción fue la pérdida de peso (37,5%) seguida de la anorexia (25%), disgeusia (25%) y alopecia (12,5%).

Conclusiones. El conocimiento de los EAs de sonidegib nos permitirá desarrollar estrategias para manejarlos mejor, aumentar el cumplimiento terapéutico y la proporción de pacientes que se benefician del mismo.

P97. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A CÁNCER CUTÁNEO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, J. Algarra Sahuquillo, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela, D. Sánchez Báez, M. García Bustinduy y M. Arteaga Henríquez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Antecedentes y objetivos. Los pacientes trasplantados renales tienen un riesgo 3-4 veces mayor de desarrollar neoplasias, en algunos casos este riesgo se incrementa. Esto conlleva un aumento de morbilidad y mortalidad, y unos costos elevados. Se estima que aproximadamente el 50% de los pacientes trasplantados desarrollará cáncer, siendo el cáncer de piel (CP) el más frecuente. Comprender las características epidemiológicas de los pacientes trasplantados renales con CP es fundamental para mejorar la atención médica, establecer protocolos de derivación y aplicar medidas preventivas. El objetivo de este estudio es identificar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a presentar CP en pacientes trasplantados renales.

Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo de pacientes vivos sometidos a trasplante renal (N = 261) en seguimiento en un hospital de tercer nivel. Los datos clínico-epidemiológicos fueron recogidos a través de la historia clínica y también mediante un cuestionario en el período de febrero a abril de 2021. El análisis estadístico se llevó a cabo considerando significativo un p-valor inferior a 0,05.

Resultados. No hubo diferencias significativas en la incidencia de CP según el sexo y el antecedente de queratosis actínica. Sin embargo, se observó un aumento lineal de la probabilidad de desarrollar CP tras el trasplante, siendo exponencial para carcinoma de células escamosas (CEC) y carcinoma in situ (CI). El antecedente de CEC asoció un mayor riesgo de desarrollar CEC y CI después del trasplante. La edad mayor a 50 años al trasplante, el fototipo bajo y la infección por virus de la hepatitis B también mostraron un mayor riesgo de CP, sin encontrarse asociación con el virus de la hepatitis C. El uso de tacrólimus se asoció con una menor probabilidad de desarrollar CP, mientras que otros inmunosupresores como azatioprina y ciclosporina se correlacionaron con un mayor riesgo.

Conclusiones. Nuestro estudio respalda hallazgos previos, destacando un aumento exponencial de riesgo postrasplante para CEC y

Cl. Pese a constatar el mayor riesgo para las variables antes descritas, diferimos de la bibliografía para factores como el sexo y el trasplante previo. Además, los pacientes en tratamiento con tacrólimus presentaron menor riesgo de CP, sugiriendo un posible beneficio del cambio de ciclosporina a tacrólimus en pacientes de alto riesgo.

P98. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CARCINOMA DE MAMA: OTRAS GRANDES SIMULADORAS

D. Vírveda González, M. Córdoba García-Rayó, N. Medrano Martínez, L. Jiménez Briones, J. Martín-Nieto González, B. Rodríguez Sánchez, M. Bergón Sendín y A. Pulido Pérez

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Antecedentes. El carcinoma de mama constituye la principal causa de metástasis cutáneas en mujeres. Si bien suelen ser pápulo-nódulos en la piel de la mama afecta, su presentación es tremendamente variable tanto en localización como en morfología. Esto hace que se confundan con otras dermatosis benignas, en especial, si no existe antecedente de neoplasia mamaria.

Casos clínicos. Caso 1: mujer 54 años. Antecedente de carcinoma de mama infiltrante con metástasis hepáticas, óseas y ganglionares a distancia, en tratamiento con capecitabina tras progresión al esquema ribociclib con letrozol. Solicitan valoración por máculo-placa rojo vinosa asintomática en frente izquierda de un mes de evolución sin respuesta a corticoides tópicos. Ante la duda entre metástasis cutánea o neoplasia vascular se realiza biopsia cutánea que muestra infiltración dérmica por cordones de células atípicas de aspecto epitelial, con inmunohistoquímica concordante con un origen mamario. Caso 2: mujer de 71 años. Antecedente de hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo. Solicitan valoración por lesión preauricular izquierda de un mes de evolución sin respuesta a antifúngicos ni corticoides tópicos. En consulta, se observa placa infiltrada bien delimitada en región preauricular izquierda de 4 centímetros, sin claro componente epidérmico. A la dermatoscopia se aprecian pseudolagunas rosas pálidas con vasos polimorfos e irregulares. Interrogando a la paciente, comenta pérdida significativa de peso y lumbalgia crónica sin respuesta a analgésicos orales. Ante la sospecha de metástasis, se realiza biopsia cutánea, así como pruebas de imagen complementarias hallándose un carcinoma en la mama izquierda con adenopatías ipsilaterales y metástasis óseas. La biopsia cutánea confirma la infiltración por células atípicas con inmunohistoquímica sugestiva de origen mamario.

Conclusiones. El carcinoma de mama puede desarrollar en su evolución infiltración cutánea secundaria, sobre todo si existen metástasis en otras localizaciones. Por su polimorfismo clínico, puede confundirse con dermatosis infecciosas (foliculitis, erisipela, tinea o herpes zóster), inflamatorias (morfea, psoriasis, eccema) o lesiones vasculares (telangiectasias, dilataciones linfáticas o angiosarcoma). Por todo ello, es importante indagar en síntomas y signos que orienten a una neoplasia mamaria oculta como origen de la clínica cutánea.

P99. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES TIPO PIERNA TRATADO CON ETOPÓSIDO CON BUENA RESPUESTA

M. Navedo de las Heras^a, V. Onecha Vallejo^a, M. Criado Otero^a, S.M. Fernández Ferrero^b, M.A. González Morán^c y M.Á. Rodríguez Prieto^a

Servicios de ^aDermatología, ^bHematología y ^cAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

El linfoma cutáneo primario difuso de células grandes tipo pierna (LCPDCG-TP) representa un 20% aproximadamente de los linfomas cutáneos primarios de células B. Suele presentarse con nódulos, tumores y placas infiltradas en las extremidades inferiores en pacientes de edad avanzada y se caracteriza por un pobre pronóstico. Suele requerir el uso de tratamiento quimioterápico sistémico para controlar la enfermedad. Presentamos el caso de una paciente de 88 años con una lesión ulcerada y un nódulo adyacente en el miembro inferior derecho de más de un año de evolución, que fueron biopsiadas confirmando el diagnóstico de LCPDCG-TP. La paciente había sido tratada con radioterapia externa en junio de 2021 con buena respuesta inicial pero con una rápida recaída de las lesiones en el seguimiento. La paciente inició tratamiento con ciclofosfamida en septiembre de 2021 que también tuvo que suspender por progresión de la enfermedad. Comenzó tratamiento con etopósido en abril de 2022 permaneciendo en respuesta completa más de un año después. El etopósido también conocido como VP-16 es una podofilina semisintética que actúa como inhibidor de la enzima ácido desoxirribonucleico topoisomerasa II, lo que inhibiría la correcta reunión de las hebras de ADN y así la condensación correcta de los cromosomas. Está indicado en combinación con otros fármacos quimioterápicos para el tratamiento de segunda línea para el linfoma hodgkiniano y no hodgkiniano recidivante o refractario en adultos. También está indicado en cáncer ovárico refractario a platino, en leucemia mieloide aguda, en cáncer de pulmón microcítico y cáncer testicular recurrente o refractario. Se toma vía oral y los efectos secundarios son conocidos y en general bien tolerados. Es una medicación que no requiere ajuste de dosis en personas de edad avanzada, salvo en casos de insuficiencia renal. Presentamos un caso de buena respuesta a esta medicación por lo que consideramos de utilidad este medicamento en caso de progresión en LCPDCG-TP que no haya respondido o no se puedan indicar los tratamientos habituales (CHOP, rituximab, radioterapia externa).

P100. SIMULADORES DE MELANOMA: MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA, LA DERMATOSCOPIA Y LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

C. Cánovas Seva^a, J. Sáez Padilla^a, M. López-Pardo Rico^a, B. Chao Maseda^a, J.M. Suárez Peñaranda^b, M.J. Ginarte Val^a y H. Vázquez Veiga^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción. El melanoma es una neoplasia derivada de los melanocitos. Es responsable de más del 90% de muertes por cáncer dermatológico y en los últimos años ha visto incrementar su incidencia. La mínima sospecha de melanoma nos obliga a descartarla. Existen otras lesiones que remedan al melanoma y suponen un reto diagnóstico. Son ejemplo de ello la queratosis seborreica pigmentada, la queratosis liquenoide, el dermatofibroma y carcinoma basocelular pigmentados y el siringoma, entre otros. Los casos que presentamos ejemplifican el desafío al que como dermatólogos nos enfrentamos ante estas entidades.

Métodos. Reportamos dos casos de lesiones simuladoras de melanoma de nuestro servicio en los últimos 15 años. Ambos casos con sospecha inicial diagnóstica de melanoma tanto clínica como dermatoscópicamente. Se decidió exéresis. Posteriormente se procedió al examen histológico mediante tinción de hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica de la lesión por el Servicio de Anatomía Patológica. En el primero de los casos se realizó además un examen ecográfico.

Resultados. El primer caso corresponde con un varón de 74 años sin antecedentes de interés que acudió por una lesión en dorso de mano de un mes, asintomática y una lesión similar de tan solo un día de

evolución. Clínicamente, era nodular, azulada y ulcerada de 20 mm de diámetro con dermatoscopia atípica. La ecografía mostró un tumor sólido con necrosis intratumoral. El resultado histopatológico de la primera fue de hematoma y dermatoporosis en la de menor tiempo de evolución. El segundo caso es el de un varón de 32 años con una lesión en espalda, de tiempo de evolución desconocido, asintomática y hallada fortuitamente, de 5 mm de diámetro asimétrica, con marcada heterocromía y un retículo pigmentado irregular en la dermatoscopia, con un centro en regresión. En este caso el estudio histológico e inmunohistoquímico descartó la presencia de melanocitos, demostró marcada fibrosis y una hiperpigmentación postinflamatoria sin llegar a un diagnóstico claro. A día de hoy el paciente está en seguimiento bajo el protocolo de melanoma.

Conclusiones. Las lesiones simuladoras de melanoma son uno de los temas que más controversia suscitan. La anatomía patológica no siempre arroja luz al diagnóstico dejando casos enigmáticos por resolver. Son estos los que pueden nutrirse de una puesta en común ante la sociedad dermatológica.

P101. TRATAMIENTO CON ÉXITO DE UN TUMOR DE MICOSIS FUNGOIDE MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA CON ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO

D. Falkenhain López^a, C. Gutiérrez Collar^a, E. Tarín Vicente^a, C. Postigo Llorente^a, J.L. Rodríguez Peralto^b y P. Ortiz Romero^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad terapéutica basada en la fotooxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante. Además de su extendido uso en patologías como el carcinoma basocelular (CBC) o las queratosis actínicas (QAs), se ha

reportado su utilidad en el tratamiento de los linfomas cutáneos. En este trabajo describimos un caso de tratamiento con éxito mediante TFD con ácido 5-aminolevulínico (5-ALA) en formulación gel nanoemulsionada (BF-200 ALA) de un tumor de micosis fungoide (MF). Presentamos el caso de un varón de 47 años que debuta con MF en placas en 2015. En 2018 progresa a eritrodermia, hasta presentar una MF avanzada T4 (BSA 100%, mSWAT 160), con afectación en sangre periférica B2 (1433 céls/mcl) y ganglionar N1 (linfadenitis dermopática). Se pauta fotoféresis asociada a bexaroteno en septiembre 2019. Tras más de un año de tratamiento, se logra remisión parcial en sangre periférica, sin respuesta en piel. Se inicia en febrero 2021 mogamulizumab, con excelente respuesta: completa en sangre periférica (B0), ganglios (N0) y casi completa en piel (mSWAT 10). En noviembre de 2022, tras un año y medio en remisión con mogamulizumab, presenta una lesión infiltrada, erosiva y de aspecto tumoral en vértex, con alopecia asociada. La biopsia confirma el diagnóstico de MF tumoral (T3). Se decide en este momento tratamiento complementario de la lesión mediante TFD con 5-ALA 78mg/g (Ameluz®, Biofrontera). Tras 4 sesiones en intervalos quincenales (incubación de 2h del gel, aplicando luz roja 635nm a 37J/cm² durante 10 minutos) se objetiva mejoría marcada de la lesión, desapareciendo la tumoración y el componente ulcerativo, persistiendo únicamente alopecia. El manejo de la MF avanzada supone un reto terapéutico. El abanico de tratamientos disponibles frecuentemente ofrece respuestas parciales y de duración limitada. La aparición de lesiones tumorales (T3) obliga a terapias agresivas como radioterapia, cirugía o quimioterapia. Si bien existe evidencia de la utilidad de la TFD en el manejo de la MF en estadios iniciales (T1/T2) su utilidad en el manejo de lesiones tumorales no está bien establecida. En este trabajo reportamos la buena respuesta de una lesión tumoral de MF avanzada a la TFD con BF-200ALA, que podría ser una alternativa a tener en cuenta en el manejo de estos tumores antes de recurrir a terapias más cruentas.