



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN ANDALUZA DE LA AEDV

Reunión de la Sección Andaluza de la AEDV

Huelva, 1 y 2 de marzo de 2024

COMUNICACIONES ORALES

Casos clínicos

1. EL VALOR DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS LINFOMAS CUTÁNEOS

M. Rodríguez Troncoso^a, J.J. Vega Castillo^a, D. Moyano Bueno^a, A. Martín Castro^b, M. Zulaika Lloret^a y R. Ruiz Villaverde^a

^a*Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio.*

^b*Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.*

Presentamos el caso de un varón de 39 años con una erupción cutánea persistente asociada a nódulos recurrentes. Como antecedente reseñable, el paciente estaba diagnosticado de dermatitis atópica desde hacía años. Inicialmente consultó por un nódulo indurado ulcerado en pierna derecha de semanas de evolución. En consulta se objetivan manchas y placas eritematodescamativas liquenificadas generalizadas, con respeto de área facial, y otras lesiones nodulares en tronco y extremidades. Se decide tomar biopsias de placas y nódulos, con resultados no concluyentes, y se pautan sucesivos tratamientos con corticoides orales, metotrexato y ciclosporina, sin llegar a controlarse la enfermedad. Ante el fallo del último tratamiento, se repite biopsia de una placa, con resultado de micosis fungoide, y de una lesión nodular, con resultado de proceso linfoproliferativo T de células grandes CD30+ ALK1-. Se planteó desde Anatomía Patológica la posibilidad de que pudiera tratarse tanto de una papulosis linfomatoide como de un linfoma anaplásico de células grandes primario cutáneo o, menos probable, una micosis fungoide con transformación a célula grande. Puesto que las lesiones nodulares del paciente eran multifocales, de pequeño tamaño, con predominio de extremidades y respeto de cabeza y cuello, y seguían un curso recurrente, se consideró como más probable el diagnóstico de papulosis linfomatoide. No obstante, se realizaron pruebas de imagen y un estudio de clonalidad en médula ósea y sangre periférica, descartándose enfermedad sistémica. Actualmente el paciente realiza tratamiento con tópicos y fototerapia,

con buen control del cuadro a nivel cutáneo. Periódicamente, se repiten estudios para descartar enfermedad sistémica, sin que esta se haya observado hasta la fecha. El diagnóstico diferencial de los trastornos linfoproliferativos T de células grandes CD30+ supone en muchas ocasiones un reto diagnóstico tanto para el patólogo como para el dermatólogo. A nivel histológico son superponibles los hallazgos de varias entidades (papulosis linfomatoide, linfoma anaplásico de células grandes primario cutáneo, micosis fungoide con transformación a célula grande, etc.), por lo que resulta esencial que el dermatólogo conozca sus características clínicas, pues constituyen actualmente la mejor herramienta diagnóstica disponible.

2. ICTIOSIS EPIDERMOLÍTICAS Y SU VARIABILIDAD FENOTÍPICA

C. Guerrero Ramírez^a, A.C. Menéndez García-Estrada^a, L. Beas Porcel^a, M.L. Martínez Martínez^b y F. Simón López^a

Dermatología. ^aHospital Torrecárdenas. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Caso 1. Niño 8 años acude por lesiones hiperpigmentadas hiperqueratósicas generalizadas siguiendo las líneas de blaszko junto con lesiones hipopigmentadas con patrón phyloide en espalda. Hiperqueratosis lineal reforzada en tobillos, tendón de Aquiles y dorso de las manos. No afectación palmo-plantar. No bebe colodión ni eritrodermia congénita. Inicio de clínica a los 3 días de vida con lesiones hiperqueratósicas sin ampollas, de inicio en extremidades inferiores. No antecedentes familiares de ictiosis. Se realiza biopsia con diagnóstico compatible de nevus epidermolítico (hiperqueratosis paraqueratósica y degeneración vacuolar). Dado el diagnóstico de nevus epidermolítico generalizado, se derivó a U. Genética, detectándose variante en heterocigosis (48%) en el gen FLG, clasificada como patogénica.

Caso 2. Paciente mujer de un año, acude por engrosamiento cutáneo en zonas de mayor fricción (dorso de manos, pies, codos, etc.) desde las primeras semanas de vida. No lesiones cutáneas en el nacimiento, ni antecedentes familiares de trastornos de la queratinización. A la exploración, placas liquenificadas, hiperpigmentadas, de predominio en zonas de extensión, más tenue en región

perianal, perioral, axilas e ingles. No lesiones mucosas; dentición, uñas ni pelo. No queratodermia. No alteraciones del desarrollo hasta el momento. Con la sospecha de trastorno de la queratinización, se realizó panel genético de ictiosis, resultando ser portadora heterocigota c.1307T>C (p.L436P) en gen KRT10.

Discusión. Los nevus epidermolíticos se producen por mutaciones poscigóticas somáticas en los genes de KRT1, KRT2 y KRT10. Las variantes patogénicas en líneas germinales en estos genes están asociadas a ictiosis epidermolíticas (IE). Estas formas suelen debutar con eritodermia y fisuras al nacimiento, con progresión a zonas de hiperqueratosis verrucosa, pero actualmente se han detectado casos asociados a ciertas mutaciones con debuts tardíos de la enfermedad (como nuestra paciente nº 2). Las mutaciones en KRT1 se relacionan con fenotípicos más graves con afectación palmoplantar, mientras que en las KRT 10 suelen respetarse. Es importante realizar la confirmación molecular de mutaciones en mosaico en nevus epidermolíticos generalizados para mejorar la atención prenatal por la posibilidad de presentar fenotipos más severos.

3. LO QUE ENSEÑAN LAS GUARDIAS DERMATOLÓGICAS: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN ICTIOSIS CONGÉNITAS

M. Cebolla-Verdugo, C. Llamas-Segura, I. Pérez-López, J.P. Velasco-Amador, Á Prados-Carmona y R. Ruiz-Villaverde

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

Introducción. Las ictiosis son trastornos de la queratinización en los que la diferenciación anómala y la descamación de la epidermis dan como resultado una barrera cutánea defectuosa. Representan un gran grupo de trastornos, clínica y etiológicamente heterogéneo, caracterizados por una descamación generalizada de la piel. Aunque las ictiosis pueden ser adquiridas secundarias a procesos concomitantes, esta comunicación se centra en las que tienen patrón hereditario.

Casos clínicos. Se presentan 3 casos de bebés que sufrían procesos descamativos generalizados al nacimiento y que, a posteriori, han sido diagnosticados de diferentes tipos de ictiosis congénitas mediante estudio genético. El primer caso padecía un síndrome de Gaucher tipo 2, un trastorno autosómico recesivo que se acompaña de descamación fina generalizada durante el periodo neonatal, hidrops fetal, hepatoesplenomegalia y deterioro cognitivo, conduciendo generalmente a la muerte antes de los 2 años. El segundo caso se trataba de un bebé colodión que desarrolló gradualmente escamas de distribución generalizada, diagnosticándose de ictiosis laminar tras descubrir su origen hereditario. El tercero sufría un síndrome de ictiosis-prematuridad, un cuadro autosómico recesivo que se caracteriza por una hiperqueratosis blanco-amarillenta de tipo adoquinado y gruesa, similar al vénix caseoso.

Discusión. La mayoría de las ictiosis de origen genético se presentan al nacer o se manifiestan en la etapa de lactancia. Las características clínicas y el patrón hereditario, así como las anomalías estructurales, bioquímicas y moleculares subyacentes, ayudan a diferenciar estos trastornos. El tratamiento es sintomático y pretende fundamentalmente reducir la hiperqueratosis. A nivel tópico consiste en emolientes, queratolíticos y retinoides. Muchas de estas afecciones responden bien a los retinoides orales, aunque dada la naturaleza crónica, debe tenerse en cuenta el riesgo-beneficio a largo plazo. Además, en función de la gravedad, variando desde cuadros banales a trastornos potencialmente mortales, debe prestarse atención a las diferentes necesidades del individuo, así como al apoyo en el desarrollo. Presentamos una serie de casos de ictiosis congénitas infrecuentes y el manejo multidisciplinar que debe realizarse cuando nos encontramos ante este tipo de patologías.

4. EN BUSCA DE LA CAUSA DE LA AMILOIDOSIS

M. Zulaika Lloret, M. Rodríguez Troncoso, D. Moyano Bueno, C. Llamas Segura, M. Cebolla Verdugo y R. Ruiz Villaverde

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

Presentamos el caso de una mujer de 51 años en seguimiento por Medicina Interna por amiloidosis secundaria (AA) confirmada en biopsia renal y de médula ósea, remitida para valoración en Dermatología por lesión cutánea en región perianal izquierda de varios meses de evolución. En la exploración física se observaron comedones y quistes de milium en labios mayores y una fístula sin signos de inflamación en glúteo derecho. No presentaba lesiones en axilas ni en región submamaria. La paciente comentaba episodios de abscesos y fístulas de repetición en región perineal de años de evolución. Actualmente no presentaba episodios de exudado, pero sí dolor a la palpación de la fístula. Se le realizó una ecografía y un PET-TAC que mostró actividad inflamatoria en la fístula glútea y una endoscopia que descartó enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Con todo ello, se realizó el diagnóstico de amiloidosis secundaria (AA) a hidrosadenitis supurativa. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg diarios durante 3 meses, con mejoría de la clínica durante la duración del mismo, pero empeoramiento al suspenderlo. Se decidió tratamiento con adalimumab, observándose mejoría de la función renal y normalización del amiloide sérico al controlar la hidrosadenitis. La hidrosadenitis supurativa (HS) es un proceso crónico, doloroso y supurativo que afecta a piel y tejido celular subcutáneo. Al igual que otras enfermedades inflamatorias y autoinmunes, como la EII, la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, puede desencadenar una amiloidosis secundaria. En la amiloidosis secundaria se produce un depósito extracelular de fibrillas de amiloide sérico A como respuesta a enfermedades crónicas inflamatorias. Es una complicación muy infrecuente de la HS, existiendo tan solo 18 casos publicados hasta la fecha, siendo el riñón el órgano afectado con mayor frecuencia. El control de la patología de base sospechosa es fundamental para el tratamiento de la AA, incluso en casos en los que no se observe actividad, como el nuestro, en el que el tratamiento de la HS aparentemente inactiva de la paciente produjo mejoría de la función renal y negativización del componente sérico de amiloide.

5. SÍNDROME PAAND: UN NUEVO CAPÍTULO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS

R. Bueno Molina, J.C. Hernández Rodríguez, J. López Cano, M. Morillo Andújar, J.J. Pereyra Rodríguez y J. Conejo-Mir Sánchez

Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Los síndromes autoinflamatorios son un grupo de enfermedades genéticas raras causadas por mutaciones en genes que codifican proteínas que controlan la inmunidad innata.

Caso clínico. Varón de 49 años en seguimiento en nuestras consultas por hidradenitis supurativa (HS) grave de aproximadamente 15 años de evolución en tratamiento con Adalimumab. Como antecedentes de interés destaca febrícula recurrente, acné nódulo-quístico severo en región facial y espalda; así como múltiples piodermas gangrenosos en miembros inferiores. Niega alteración del tránsito intestinal, ni dolor abdominal. Tampoco refiere artralgias, ni aftas orales. Ha sido estudiado por Digestivo, sin encontrar datos que confirmen la existencia de una enfermedad inflamatoria intestinal. En octubre 2023 ingresa por malestar general, fiebre elevada y supuración intensa. En las pruebas de imagen se observan a nivel pélvico múltiples colecciones abscesificadas interconectadas entre sí; así como múltiples trayectos fistulosos. Se decide solicitar panel genético de enfermedades autoinflamatorias sospechando la

existencia de un PASH (píoderma gangrenoso, acné e HS). En el estudio genético se encuentra la variante p.E244K en heterocigosis en el gen MEFV, la cual se considera patogénica del síndrome PAAND (Pyrin-associated autoinflammation with neutrophilic dermatosis). Se inicia tratamiento con Infliximab a dosis de 5 mg/kg con mejoría inicial.

Discusión. El síndrome PAAND es una enfermedad autoinflamatoria monogénica de herencia autosómica dominante con menos de 20 casos recogidos en la literatura científica. Está causada por mutaciones en el exón 2 del gen MEFV; aunque presenta manifestaciones clínicas diferentes a las de la fiebre mediterránea familiar (FMF). Esta variante del gen MEFV codifica una pirina defectuosa que conduce a la formación espontánea de inflamomas y a la liberación de citoquinas proinflamatorias IL-1 β e IL-18. Clínicamente, se caracteriza por dermatosis neutrofílica, fiebre recurrente y artromialgias. Si bien el tratamiento con colchicina o antagonistas de IL-1 son efectivos en el tratamiento de la FMF; en el síndrome PAAND presentan escasa eficacia en el manejo de las manifestaciones cutáneas. El tratamiento con anti-TNF parece presentar mejores tasas de respuesta a nivel cutáneo.

6. LUPUS ERITEMATOSO PROFUNDO TRAS VACUNA COVID 19

C. Iborra García-Trevijano^a, E. Buzón Cobano^b, J.J. Ríos Martín^c, M. Cortés Pérez^a y J.C. Armario Hita^a

^aHospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. ^bConsulta privada. Sevilla. ^cHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

El lupus eritematoso profundo (LEP, paniculitis lúpica) es una entidad poco frecuente, relacionada en ocasiones con traumatismos locales. Es conocido el empeoramiento de lupus cutáneo tras vacunación para COVID 19, así como la relación del LEP con la inoculación de otras vacunas, aunque no se ha descrito su aparición tras la vacunación del COVID 19. Comunicamos el caso de un varón de 27 años, que presentó una lesión eritematosa, asintomática, muy indurada y caliente, en el sitio de inoculación de dos dosis de vacuna para COVID 19. Tras tratamiento antibiótico sin mejoría, se realizó una biopsia que objetivó un cuadro histológico compatible con LEP. La lesión mejoró considerablemente con tratamiento con hidroxycloquina. El paciente no presentó patología sistémica tras dos años de seguimiento. Esto, unido a que ya se habían descrito casos de lesiones lupus-like tras inyección de interferón, hace que no podamos descartar que la lesión corresponda a un imitador histológico de un LEP. Para disminuir el riesgo de aparición de estas lesiones, sería recomendable alternar el sitio de vacunación. Por último, añadir la importancia de conocer e identificar este tipo de lesiones previo a la introducción de la vacunación frente al COVID 19 en el calendario vacunal.

7. RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR MEDIANTE COLGAJO TRIANGULAR DE MUTAF

M.E. Cobos Bonilla, M.I. Fernández Canedo, N. Blázquez Sánchez y M. de Troya Martín

Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. El colgajo triangular de Mutaf fue descrito en 2011 por Mutaf y cols. para la reconstrucción de defectos quirúrgicos infraorbitarios. Está especialmente indicado en defectos de mediano o gran tamaño en los cuales otras técnicas quirúrgicas puedan tener mayor número de complicaciones.

Materiales y métodos. Describimos la técnica quirúrgica del colgajo en cuatro pacientes con cáncer de piel de localización infraorbital. Para su diseño, el defecto quirúrgico debe convertirse en un

triángulo isósceles de base superior. A partir de este, y teniendo en cuenta sus medidas, se deben dibujar 2 triángulos opuestos con ángulos de 45/60°. Uno será traspuesto para cubrir el defecto original y el segundo servirá para cubrir el defecto de la zona dadora. Para recrear el forro interno se toma un injerto libre tarsoconjuntival del párpado superior ipsilateral. Registramos la edad, el sexo, la toma de antiagregantes/anticoagulantes, las complicaciones postoperatorias (infección, sangrado, necrosis) y los resultados estéticos (ectropión, cierre ocular) de cada uno de los pacientes.

Resultados. El resultado estético y funcional en todos los pacientes fue aceptable, sin problema para el cierre ocular. Solo uno de los pacientes presentó un ectropión que fue mejorando por sí solo, sin necesidad de cirugía. No hubo otras complicaciones.

Conclusiones. A tenor de nuestros resultados, consideramos que el colgajo de Mutaf constituye una buena alternativa reconstructiva en defectos de gran tamaño que se localizan en región infraorbital. En nuestra experiencia, se trata de un colgajo de fácil diseño y ejecución, con escasas complicaciones y resultados estéticos bastante aceptables.

8. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN EL ADULTO, PRESENTACIÓN CUTÁNEA DE UNA PATOLOGÍA DISEMINADA

C. Miranda Valverde, S. Merino Molina, I. Castaño Uragón, N. López Navarro, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción y objetivos. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se engloba dentro de un grupo de patologías con proliferación de dichas células y es controvertido si se trata de un proceso reactivo o neoplásico. La singularidad de este caso radica en su presentación en la edad adulta (incidencia de 1-2 casos por millón), siendo más habitual su debut antes de los 15 años.

Material y métodos. Una mujer de 65 años acude a consulta de Dermatología por lesiones asintomáticas en tronco de meses de evolución. Estaba en estudio por Endocrinología por polidipsia y poliuria y por Neurología por deterioro cognitivo. A la anamnesis dirigida, la paciente refiere disnea de grandes esfuerzos y a la exploración se aprecian pápulas eritematosas, algunas excoriadas, en tórax, abdomen, y región lumbar.

Resultados. Se procede a la toma de biopsia de una de las lesiones en tronco, con resultado histológico de infiltración dérmica por células ovoidales con abundante citoplasma eosinófilo y un núcleo excéntrico en “grano de café”, que correspondían a histiocitos, sobre un fondo linfocitario, e inmunohistoquímica positiva para CD1a y proteína S100. Se solicita estudio de extensión con analítica y pruebas de imagen. Analíticamente destaca marcada hipertransaminasemia, osmolaridad en el límite alto de la normalidad y déficit de LH/FSH. En TC de tórax se describen nódulos pulmonares algunos cavitados, en campos superiores y medios. Se solicita fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar resultando el estudio inmunohistoquímico también positivo para CD1a y S100. El PET/TC muestra captación hipofisaria y hepática; la RM cerebral es sugestiva de hipofisitis y la biopsia hepática evidencia colestasis pero sin infiltración histiocitaria. Con estos datos se pudo confirmar que la paciente tenía HCL multisistémica con afectación hipofisaria, pulmonar, dermatológica y probablemente hepática. Se decide en comité multidisciplinar el inicio de tratamiento quimioterápico con cladribina, con respuesta parcial. Las lesiones cutáneas desaparecieron con corticoterapia tópica.

Conclusiones. Ante una histiocitosis cutánea se deben llevar a cabo una anamnesis exhaustiva y un estudio de extensión para descartar una afectación multisistémica, por el compromiso vital que puede tener. Además, dada la alta incidencia de neoplasias hematológicas asociada a la HCL debe realizarse un seguimiento prolongado.

9. DOCTORA, ¿PERO ESTO ES MALO?

V. Linares López^a, J. Clavijo Herrera^a, I.M. Coronel Pérez^a, R. Cabrera Pérez^b, A. Pérez Gil^a y J.A. Parra Martín^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Servicio de Anatomía Patológica. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío. ^cHospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. En ocasiones nos enfrentamos a situaciones complejas, que no encontramos ni en libros ni en guías clínicas, donde debemos tomar una decisión. Presentamos un caso de melanoniquia con una clínica sugestiva de malignidad.

Caso clínico. Paciente de 33 años, con antecedente de artritis psoriásica, consulta por melanoniquia que comenzó a aparecer hace 6 años en tercer dedo de la mano izquierda. A la exploración clínica, melanoniquia en la totalidad de la lámina ungueal, destacando una coloración negruzca a nivel de la lúnula acompañado de microhutchinson. Se decide realizar biopsia con punch 3 mm de la matriz ungueal con diagnóstico de neus azul (NA). Tras la discordancia con la clínica y la incertidumbre, se acuerda biopsia excisional de toda la lesión, con un nuevo diagnóstico de melanocitoma tipo “neus azul”, sin alcanzar márgenes de resección.

Discusión. Los melanocitomas según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refieren a tumores melanocíticos con una posición intermedia en la evolución de una lesión a lo largo de una ruta patogénica desde la benignidad hacia la malignidad. Un tipo de melanocitoma es el azul, cuyo riesgo de malignización es bajo. Si analizamos el resultado anatomopatológico, se trata histológicamente de NA, pero en la inmunohistoquímica se visualizó algunas células atípicas tanto en matriz como dermis (PRAME y ciclina D1 positivas) aunque muy escasas, así como un Ki67 del 1-2%, con estos resultados no cumplía los criterios para el diagnóstico de Melanoma. La nueva clasificación de la OMS sobre tumores melanocíticos define nueve rutas patogénicas, con sus propias formas intermedias y diferenciando entre dos grupos dependiendo del riesgo de progresión a melanoma entre grado bajo/intermedio e intermedio/alto, encontrando un amplio abanico de neoplasias malignas melanocíticas, cada una caracterizada por un comportamiento biológico peculiar, que deben distinguirse de los subtipos de melanoma “clásicos” y requieren directrices clínicas específicas.

Conclusión. La visión tradicional “dicotómica” (benigna versus maligna) de los tumores melanocíticos y el concepto de melanoma como una entidad clínico-patológica única ya no encajan con el enfoque diagnóstico de rutina. La correlación clínico-patológica puede permitir tanto reducir la incertidumbre diagnóstica histopatológica como orientar a los pacientes hacia un manejo adecuado.

10. TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS LOCALMENTE AVANZADO TRAS PROGRESIÓN A PEMBROLIZUMAB

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

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

El tratamiento de primera línea del carcinoma epidermoide cutáneo localmente avanzado (CEC-la) y/o metastásico (CECm) no candidato a cirugía y/o radioterapia curativa es la terapia anti-PD1. Cemiplimab está autorizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y pembrolizumab por la Food and Drugs Administration (FDA). Ninguno tiene financiación en España. Si fracasa, la segunda línea terapéutica es la combinación de inhibidores del receptor del factor de crecimiento epitelial (iEGFR) con radioterapia. Presentamos a una mujer de 65 años con infección por VIH (100 linfocitos T CD4/ μ l) con CEC-la con infiltración ósea clavicular derecha y del músculo esternocleido-

mastoideo, recidivado tras múltiples resecciones quirúrgicas. Inició pembrolizumab “off-label” a dosis de 2 mg/kg cada 3 semanas con respuesta inicial parcial, pero con progresión local en menos de seis meses. Tras asociar cetuximab 250 mg/m² semanal y radioterapia a pembrolizumab se consiguió remisión clínica y radiológica. Como toxicidad se observó reacción acneiforme grado 1 y tricomegalia. La terapia con anti-PD1 en CEC-la tiene una tasa de respuesta objetiva del 34,3% en primera línea. Sin embargo, pacientes que inicialmente responden y posteriormente progresan se pueden beneficiar de la combinación con cetuximab y radioterapia, como recomienda la guía de la European Association of Dermato-Oncology (EADO). Esta progresión rápida con pembrolizumab podría estar en relación con la inmunosupresión inherente de nuestra paciente. Cetuximab es un fármaco de fácil manejo dado que sus toxicidades más frecuentes son cutáneas; también se puede objetivar hipomagnesemia y más raramente neuropatía intersticial. La monoterapia con cetuximab ha demostrado pobre respuesta, por lo que debe combinarse con radioterapia. Se mantiene la inmunoterapia porque la combinación de ambos fármacos puede actuar de forma sinérgica sobre el microambiente tumoral. Como conclusión, destacamos una segunda línea eficaz a la progresión de inmunoterapia anti-PD1 en paciente inmunodeprimida con CEC-la, quedando de manifiesto su utilidad y quizás su uso de primera línea en este tipo de pacientes, así como en otros no candidatos a inmunoterapia.

11. PEMBROLIZUMAB COMO TRATAMIENTO PARA CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO RESISTENTE A INHIBIDOR HEDGEHOG

M. Prieto Rozados, I. Villegas Romero, C.M. Bravo García, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

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

La primera línea de tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado (CBC-la), no candidato a cirugía o radioterapia es la terapia con inhibidores de hedgehog (IHH) tales como vismodegib o sonidegib. Cemiplimab, un fármaco anti-PD-1, tiene indicación como tratamiento de segunda línea en CBC-la, tras progresión o intolerancia a IHH, aunque actualmente no está financiado en España. Un varón de 79 años con CBC-la en cuero cabelludo de más de 20 años de evolución, de 9 x 9,5 cm de diámetro y exposición meníngea acudió a Dermatología para evaluación terapéutica. Presentaba de forma concomitante un carcinoma urotelial papilar en vejiga que condicionó episodios de hematuria grave con anemizaciones que precisaron múltiples transfusiones. Dada la irreseccabilidad del CBC-la se inició tratamiento con vismodegib 150 mg/día con progresión franca (aumento de tamaño a 12 cm) a los 4 meses. Dado que cemiplimab tiene financiación negativa, solicitamos pembrolizumab “off-label” a 2 mg/kg cada 3 semanas. Desde el primer tratamiento presentó una respuesta rápida tanto del CBC-la como del carcinoma urotelial, sin necesidad de nuevas transfusiones. Como toxicidad, ha presentado hipotiroidismo subclínico (TSH 7,35, T4 normal). Actualmente lleva cuatro infusiones de pembrolizumab y se mantiene en respuesta clínica completa. Cemiplimab, aunque no financiado en España, tiene indicación como tratamiento de segunda línea para el CBC-la con una tasa de respuesta global del 32% (RC 7,1% y RP 25%) y buena tolerancia. La respuesta a pembrolizumab para esta indicación también ha sido estudiada con resultados muy similares. En el caso del CBC-la, los estudios realizados hasta el momento no han encontrado relación entre la tasa de respuesta y los niveles de PD-L1 basales. Algunos estudios sugieren que la combinación de IHH y anti-PD-1 puede tener mayores tasas de respuesta, dado que el tratamiento con IHH aumenta la expresión de complejos mayores de histocompatibilidad, incrementando la eficacia de la inmunoterapia. No obstante, esto no se ha observado en los estudios realizados hasta el momento. En

conclusión, destacamos el uso de pembrolizumab como tratamiento de segunda línea del CBC-la resistente a IHH. Remarcando su efectividad y seguridad, así como su utilidad en pacientes con tumores concomitantes que responden a tratamientos anti-PD1.

Estudios científicos

1. INICIO DE LA DOCENCIA DERMATOLÓGICA EN ANDALUCÍA

J.C. Moreno Giménez

Dermatología. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

La existencia de enfermedades, en este caso cutáneas, no significa que constituyan un corpus docente para crear una especialidad independiente. Las enfermedades cutáneas han existido desde siempre pero su enseñanza en nuestro país está ligada al Decreto Pidal (7 de septiembre de 1845) en el que se establecía la explicación de “males venéreos” formando parte de la asignatura Patología Quirúrgica que se cursaba en el 4º año, pero la propia facultad (Madrid) se lamenta de la “carencia de medios prácticos para asumir el estudio de las enfermedades sifilíticas y cutáneas” que estaban monopolizadas por el Hospital san Juan de Dios donde se prohibía la asistencia de médicos y estudiantes “por razones morales”. El primer paso para institucionalizar la docencia fue la creación en la facultad de Medicina de Madrid (RD 28 de agosto de 1850) de dos asignaturas, “Enfermedades cutáneas”, y “Sifilis” que junto con “Enfermedades de los ojos” fueron encomendadas a los llamados “profesores especiales”, que no especialistas, “que hayan demostrado particulares conocimientos en el tratado de estas enfermedades”. Estos profesores fueron P. Salazar y F. Alonso. Es fundamental el RD 21-septiembre-1902 que establece la asignatura como obligatoria (Dermatología y Sifiliografía) y es impartida por el primer catedrático de la misma, D. Juan de Azua, y su colaborador D. Vicente Gimeno.

La docencia en Andalucía:

- Cádiz. El primer catedrático fue D. B. López Martínez (1949-1955), posteriormente desempeñaron el cargo D. L Olivares Baqué (1964-1964, profesor de bioquímica), D. J. Cabré Piera (1964-1972), D. J. Ocaña (1972-1980)
- Sevilla: En 1869 se crea la Escuela Libre de Medicina de Sevilla (D. Federico Rubio y Gali) encargándose de la Dermatología D. Ramón de la Sota y Lastra (1875-1909). Le suceden D. J. Salvador Gallardo, D. J. Conejo Mir, D. B. López. D. A. García Pérez.
- Granada. Destacar a su primer catedrático D. B. Hernando (1872 a 1887), y posteriormente D. J. Pareja (1917-), D. J. Gay (1932-1940), D. F de Dulanto (1954-1986) y D. J. Ocaña (1989-2002).

2. TRANSICIÓN PSORIASIS - ARTRITIS PSORIÁSICA: ¿INFLUYE EL ANTECEDENTE FAMILIAR EN EL TIEMPO HASTA LA APARICIÓN DE ARTRITIS EN PACIENTES CON PSORIASIS?

J. de Luque Fernández^a, M. Flores de Francisco^b, I. Suárez Vergne^a, N. Barbarroja^c, M.Á. Puche Larrubia^b, M.L. Ladehesa Pineda^b, M. Galán Gutiérrez^a, A. Vélez García-Nieto^a, A. Escudero Contreras^b, M.D. López Montilla^b y C. López Medina^b

Servicios de ^aDermatología y ^bReumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. ^cGC05 Enfermedades Autoinmunes Sistémicas-Inflamatorias Crónicas del Aparato Locomotor y Tejido Conectivo. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.

Introducción. La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad incapacitante que aparece hasta en un tercio de los pacientes con

psoriasis (Pso), manifestándose generalmente después de la misma. Múltiples estudios han analizado los factores de riesgo de desarrollo de APS en pacientes con Pso (destacando la historia familiar), pero existe poca evidencia acerca de cuáles determinan el tiempo de latencia entre el debut de la Pso y el desarrollo de artritis.

Objetivos. a) Analizar el fenotipo clínico de la APS según la presencia o no de historia familiar de Pso o APS (HF Pso/APS). b) Determinar qué factores (incluida la HF Pso/APS) condicionan la velocidad de inicio de la artritis tras el debut de la Pso.

Métodos. Realizamos un estudio analítico retrospectivo incluyendo a 359 pacientes diagnosticados de APS según los criterios “Classification Criteria for Psoriatic Arthritis” (CASPAR), a los que se dividió según la presencia o no de HF Pso/APS. Recogimos variables clínicas, radiográficas y de tratamiento para cada uno, así como las fechas de inicio de la Pso y la artritis. Para la comparación de variables, se utilizaron los test t de student (cuantitativas) y Ji-cuadrado (cualitativas). Diseñamos un análisis de supervivencia con regresión múltiple de Cox para ver qué factores modulan la velocidad de aparición de artritis tras el debut de la Pso.

Resultados. De los 359 pacientes incluidos, el 37,5% tenían HF Pso/APS. Los pacientes con HF mostraron formas de APS de inicio cutáneo con mayor frecuencia que los pacientes sin HF (86,4% vs. 70%; $p < 0,001$), así como menor edad al inicio de la enfermedad. El tiempo de latencia entre el debut de la Pso y el desarrollo de artritis fue mayor en pacientes con HF (tiempo mediano: 9,6 versus 4,3 años; log-rank: $p < 0,001$). En el análisis múltiple, la HF Pso/APS (HR 0,88 [IC95% 0,78-0,99]) y una menor edad al inicio de la Pso (HR 1,03 [IC95% 1,02-1,04]) se asociaron a un retraso del inicio de la artritis con respecto a la Pso [test Ómnibus: $p < 0,001$].

Conclusión. La HF Pso/APS de pacientes con Pso se asocia a mayor tiempo hasta la aparición de artritis. Por ello, los pacientes con HF no solo requieren mayor índice de sospecha de APS, sino también más tiempo de seguimiento para detectarla. La colaboración entre Dermatología y Reumatología resultará fundamental para realizar un diagnóstico precoz y optimizar su manejo.

3. EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LINFOMA B CUTÁNEO CENTROFOLICULAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Suárez Vergne^a, J. de Luque Fernández^a, P.J. Gómez Arias^a, A. Sanz Zorrilla^b, I. Sánchez Ramírez^b, C. Martínez Losada^c y A. Vélez García-Nieto^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cHematología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

El linfoma B cutáneo centrofoliolar (LCPCF) representa el 12% de los linfomas primarios cutáneos, constituyendo el linfoma más prevalente dentro de la estirpe B. Se caracterizan por su curso indolente y sus altas tasas de supervivencia. Planteamos un estudio observacional, longitudinal retrospectivo de todos los diagnósticos anatomopatológicos de LCPCF en el área de influencia del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) entre enero de 2010 y enero de 2024. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se procesaron mediante software de análisis informático de datos con el objetivo de describir la epidemiología y el manejo de esta patología en nuestra área. Se recogieron 13 pacientes, con una mediana de edad de 66 años. El tiempo medio de evolución de las lesiones hasta primera consulta fue de 16,2 meses. La principal especialidad desde la que se diagnosticó fue el servicio de dermatología (61,5%). La forma de presentación más frecuente fue en forma de nódulo único en la región facial (38%). El 76,9% de las lesiones aparecieron en esta región anatómica. En un 30,8% de los casos las lesiones fueron múltiples. En un 84,6% de los casos la enfermedad se encontraba limitada a la piel. Los tratamientos de elección fueron exéresis quirúrgica (38,5%) y radioterapia (38,5%). A fecha de enero de 2024, la supervivencia de nuestros pacientes ha sido del 100%. El 61,5% de los casos han presentado al menos una recidiva. Las recidivas fueron tratadas preferentemente

te con radioterapia (23,1%) y rituximab (15,4%) La información de la que disponemos no nos permite dilucidar variables pronósticas para la probabilidad de recidiva, tiempo de recidiva y supervivencia. Hasta la fecha de redacción de este texto, no hay en la literatura estudios observacionales descriptivos específicos de LCPCF. Los datos que hemos recogido son congruentes con la literatura publicada sobre linfomas primarios cutáneos B. Como limitación, es posible que la muestra insuficiente haya dificultado encontrar relaciones entre variables clínicas y pronósticas por lo que consideramos necesario seguir reclutando pacientes con el objetivo de futuras investigaciones, idealmente con carácter multicéntrico.

4. DIFERENCIAS ENTRE PESO REFERIDO Y PESO REAL: UN ESTUDIO EN PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA Y ALOPECIA

A. Zamora Ruiz, P. Navarro Guillamón, C. Tienza Fernández, M. Contreras Steyls, A. Andamoyo Castañeda, R. Castillo Muñoz y E. Herrera Acosta

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

Objetivos. Este estudio trata de demostrar que los pacientes afectados de hidradenitis supurativa están menos concienciados de su peso que los pacientes no afectados de hidradenitis supurativa.

Materiales y métodos. Estudio observacional de cohortes, retrospectivo, que evalúa la diferencia entre el peso referido (que es el peso preguntado a los pacientes al inicio de la consulta) y el peso real (que es el peso de los pacientes el mismo día de la consulta medido con una báscula), en un total de 28 pacientes con hidradenitis supurativa atendidos en una consulta monográfica de un hospital de tercer nivel. Como controles (pacientes no afectados de hidradenitis supurativa) se seleccionaron 16 pacientes afectados de alopecia que fueron atendidos en la misma consulta.

Resultados. Se reclutaron a un total de 33 pacientes entre el 8 y el 22 de noviembre de 2023, que acudían como primera visita y como revisión a una consulta monográfica de unidad pilosebácea en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga: 22 pacientes afectados de hidradenitis supurativa y 11 pacientes afectados de alopecia (controles). La edad media de nuestros pacientes fue de 37,9 años, con una desviación típica de 11,48 años. De entre los pacientes, 17 de ellos eran hombres (el 51% de la muestra); 21 de los pacientes (el 63,6% de los pacientes) eran fumadores activos. El peso referido medio de los pacientes afectados de HS fue de 80,72 kg con una desviación típica de 15 kg. El peso real medio de los pacientes afectados de HS fue de 82,37 kg con una desviación típica de 16,11 kg. La diferencia de peso medio de los pacientes evaluados fue de 1,6 kg con una desviación típica de 3,4 kg. El 45% de los pacientes afectados de HS refirieron un peso menor en 2 kg a su peso real. El 14% de los pacientes afectados de HS refirieron un peso menor en 5 kg a su peso real.

Conclusión. Los pacientes afectados de hidradenitis supurativa tienen más probabilidad que los pacientes de alopecia de no conocer su peso real, según los hallazgos que hemos encontrado en nuestra cohorte.

5. CONSULTA QUIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR EN HIDRADENITIS SUPURATIVA: MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON UN ENFOQUE INTEGRAL Y OPTIMIZADO

C. García Moronta^a, S. Haselgruber de Francisco^a, F.J. León Pérez^a, C. Cuenca Barrales^a, A. Carrillo Acosta^b, A. Molina Leyva^a y S. Arias Santiago^a

^aDermatología y ^bCirugía General. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria que conlleva un daño estructural significativo. Su tratamiento combina terapias médicas y quirúrgicas para abordar las lesiones cutáneas y prevenir la progresión de la enfermedad. En este contexto, el dermatólogo desempeña un papel fundamental al coordinar las intervenciones necesarias. Sin embargo, es común requerir la colaboración de otras especialidades quirúrgicas, como Cirugía General, Cirugía Plástica o Urología, para garantizar los mejores resultados para los pacientes.

Pacientes y métodos. Presentamos un modelo de consulta multidisciplinaria sincrónica entre Dermatología y Cirugía General para pacientes con HS. Se analizan las características clínicas y las decisiones terapéuticas tomadas en una serie consecutiva de pacientes evaluados en nuestra consulta.

Resultados. Un total de cuarenta y nueve pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad promedio fue de 47,89 (13,73) años, con una proporción de hombres:mujeres de 40:9. El 63,26% de los pacientes eran fumadores y el 36,74% presentaban factores de riesgo cardiovascular. El fenotipo inflamatorio fue el más común, afectando al 71,4% de los pacientes. Respecto a la clasificación de Hurley, se encontró una distribución de estadios II:III de 29:20. La localización más frecuente de las lesiones que motivaron la derivación fue la inguinal (59,18%), seguida de la glútea (51,02%) y perianal (24,49%). En la consulta, a 35 de los 49 pacientes se les realizó tacto rectal, en el 18,37% se solicitó una resonancia magnética y en el 100% se realizó una ecografía de las zonas afectas. Durante la evaluación, el 55% de los pacientes sufrieron modificaciones en su tratamiento médico, incluyendo el inicio o cambio de biológico en el 22,4% de los pacientes. La cirugía se indicó en el 87,5% de los casos siendo Cirugía General el destino mayoritario en estos pacientes (32,65%), seguido de la combinación de Cirugía General y Cirugía Plástica (18,37%).

Conclusiones. Los pacientes con HS y compromiso estructural severo, especialmente en área glútea, perianal y genital, pueden beneficiarse de una evaluación conjunta en esta consulta. Este enfoque multidisciplinar facilita una mejor coordinación entre especialistas, permitiendo una toma de decisiones terapéuticas más eficaz y una optimización de la calidad de la atención brindada a estos pacientes.

6. SÍNDROME DE MALFORMACIÓN CAPILAR - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CINCO HOSPITALES ANDALUCES

M. Romero Bravo^a, J.C. Hernández Rodríguez^b, F.J. del Boz González^a, J.A. Llamas Carmona^c, J.M. de la Torre García^d, G.M. Garnacho Saucedo^e, J.M. Segura Palacios^f, M.T. Monserrat García^b, Á. Vera Casaño^g y J. Bernabeu Wittel^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^cHospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ^dHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^eHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^fHospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. El síndrome de malformación capilar - malformación arteriovenosa (MC-MAV) es una rasopatía de herencia autosómica dominante que se caracteriza por la presencia de malformaciones capilares cutáneas multifocales, asociadas a malformaciones arteriovenosas en otras localizaciones de la economía.

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes pediátricos diagnosticados con este síndrome en cinco hospitales andaluces desde el año 2015.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo para analizar las principales características clínicas, radiológicas y genéticas de los pacientes diagnosticados de este síndrome.

Resultados preliminares. Se evaluaron un total de 22 pacientes. En el 71,4% de los pacientes presentó lesiones desde el nacimiento, aunque no se sospechó el diagnóstico hasta los 3,57 años de media y no se confirmó mediante estudio genético hasta los 7 años. El 71,4% tenía antecedentes de familiares afectados. Clínicamente el 85,7% presentó progresión de las lesiones, y hasta el 86% presentaba un halo blanquecino periférico. La localización más frecuente de las lesiones fue en tronco y extremidades superiores (100%). Ninguno de nuestros pacientes presentó epistaxis, y el 71,4% presentó máculas de Bier. El 85,7% de los pacientes se realizaron RMN de cráneo, aunque ninguno de ellos presentó malformaciones vasculares intracraneales. Se realizó una ecografía Doppler en el 70% encontrándose un aumento de la vascularización de las lesiones únicamente en el 28,57%. En todos los pacientes se realizó estudio genético, encontrándose RASA1 mutado en el 71,4% y EPHB4 mutado en el 28,6%.

Discusión. Nuestros hallazgos cutáneos, epidemiológicos y de antecedentes familiares fueron similares a los descritos en otras series. Aunque tronco y extremidades superiores también son las localizaciones más frecuentes en otros estudios, destaca que en este caso todos los pacientes presentaron al menos una malformación capilar en estas localizaciones. El 71,4% de los pacientes presentaron las lesiones desde el nacimiento, similar a lo encontrado en otras series (80%). Cabe señalar que ninguno de los pacientes examinados presentó malformaciones vasculares de alto flujo a nivel de sistema nervioso central, lo que contrasta con los datos de otros estudios en los que hasta el 20% presenta estas malformaciones en cráneo y en torno al 2% en columna.

7. ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA. MÁS ALLÁ DEL TUBO DIGESTIVO. UNA SERIE DE CASOS

L. Espin Fernández^a, M.M. Escudero Góngora^a,
A.C. Menéndez García-Estrada^a, L.Á. Olaz Cecilia^a,
F. Martínez Ortiz^b, M. Lázaro Sáez^c y F. Simón López^a

*Unidades de ^aDermatología Médico-Quirúrgica y Venereología,
^bAnatomía Patológica y ^cAparato Digestivo. Hospital
Torrecárdenas. Almería. España.*

Antecedentes y objetivo. La enfermedad de Crohn metastásica (ECM) es una entidad rara y poco conocida que hace referencia a la infiltración granulomatosa de la piel en regiones no contiguas a la afectación gastrointestinal. Este estudio tiene por objetivo la descripción de las características epidemiológicas, clínicas e histológicas, los tratamientos recibidos y las respuestas a los mismos de nuestros pacientes con ECM.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados histológicamente de ECM en un hospital de tercer nivel de 2010 a 2023.

Resultados. Se incluyeron 6 casos (3 varones y 3 mujeres) con edades comprendidas entre los 9 y 70 años. La presencia de manifestaciones cutáneas fue posterior al diagnóstico de su enfermedad inflamatoria intestinal en todos los pacientes. Además, en 2 de ellos la clínica cutánea se correlacionó con el empeoramiento de la enfermedad de base. La morfología de las lesiones fue muy heterogénea, estas variaron desde máculas, pústulas, placas, nódulos y úlceras. La localización más frecuente fueron los miembros inferiores que se vieron afectados en 4 de los 6 casos. Histológicamente, todas las biopsias mostraron granulomas no necrotizantes, en 3 de los pacientes se observó un infiltrado neutrofilico acompañante y en 1 paciente se observó paniculitis. Las lesiones cutáneas se resolvieron completamente con los tratamientos propuestos en 5 de los 6 casos. Estos consistieron en inmunosupresores tales como prednisona, ustekinumab e infliximab. Solamente uno de los casos experimentó una evolución tórpida precisando evolutivamente cambios en la terapia inmunosupresora para el control de la enfermedad.

Conclusiones. La ECM se engloba dentro de las manifestaciones cutáneas de la Enfermedad de Crohn (EC). Su curso clínico se con-

sidera independiente de la enfermedad de base y el diagnóstico se fundamenta en los hallazgos histológicos. Dada su amplia heterogeneidad semiológica, esta entidad supone un importante reto para el dermatólogo a la hora de establecer la sospecha clínica y debe considerarse en la valoración de pacientes con EC que consultan por lesiones en la piel.

8. TENDENCIA Y PREDICCIÓN DE MORTALIDAD POR MELANOMA COMPARADA CON OTROS TUMORES FRECUENTES. ANÁLISIS DE PREDICCIÓN SOBRE SERIES TEMPORALES

M.Á. Sirvent Sáez, L. Jiménez Puñal, L. Ferrándiz Pulido,
T. Ojeda Vila, A. Fernández Orland y D. Moreno Ramírez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. Las intervenciones de prevención del cáncer tienen como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad. Sin embargo, las estrategias y resultados obtenidos en cada tipo de cáncer son sensiblemente diferentes.

Objetivos. Comparar las tendencias de mortalidad del melanoma y otros tipos de cáncer frecuentes en España y aplicar predicciones sobre la tendencia esperada.

Métodos. Estudio poblacional a partir de datos sobre las causas de muerte obtenidas a partir del Certificado Médico de Defunción registrados en el Instituto Nacional de Estadística del Gobierno de España. Análisis de tendencias de mortalidad por melanoma, cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de mama y cáncer de próstata en España mediante series temporales desde 1991 a 2021 y análisis de tendencia mediante modelo de predicción de mortalidad hasta 2041.

Resultados. Durante el periodo 2001-2021 el melanoma mostró el mayor incremento de mortalidad en población general, y en hombres, con respecto a otros tumores frecuentes. En mujeres, el cáncer de pulmón mostró el mayor incremento de mortalidad, seguido del melanoma, con estabilización de la mortalidad por cáncer de mama al final del periodo. Las predicciones de mortalidad para los próximos 20 años muestran un aumento de la mortalidad por melanoma, con reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal y estabilización de la mortalidad por cáncer de mama.

Conclusiones. La predicción de mortalidad no muestra indicios de control de la mortalidad por melanoma. Por ello, es posible que las campañas de prevención deban revisarse en cuanto a la población diana a las que deben dirigirse.

9. TRATAMIENTO CON LÁSER CO₂ ABLATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY: EFICACIA, SEGURIDAD Y CAMBIOS MOLECULARES

J. Antoñanzas Pérez, L. Aguado Gil y R. Salido Vallejo

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra). España.

La enfermedad de Hailey-Hailey es una entidad ampollosa infrecuente que cursa en forma de brotes de lesiones ampollas y erosiones en pliegues y áreas intertriginosas de la piel, afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes. Su manejo es complejo, y a pesar de haber múltiples terapias descritas, no modifican el curso natural de la enfermedad. En este estudio evaluamos la eficacia y seguridad del tratamiento con láser CO₂ ablativo, su influencia en la calidad de vida de los pacientes y los cambios epigenéticos inducidos por el mismo. Presentamos un ensayo clínico controlado intrapaciente en el que se incluyeron 10 pacientes con enfermedad de Hailey-Hailey refractaria, tratados con láser CO₂ entre septiembre de 2021 y enero de 2024. Se evaluó la respuesta terapéutica mediante la reducción del área afecta, la toma de fotografías y los cuestionarios de

calidad de vida Skindex-29. Mediante biopsias realizadas en áreas de piel sana y afectada, antes y después del tratamiento, se estudiaron cambios en la expresión génica con el uso de microarrays. Tras el tratamiento, todos los pacientes presentaron aclaramiento de las zonas tratadas, que se mantuvieron tras dos años de seguimiento. Además, las puntuaciones promedio obtenidas en las escalas de calidad de vida disminuyeron de forma estadísticamente significativa ($p < 0,002$). Por último, se identificaron cambios en la expresión de varios genes relacionados con la IL-17A. El mecanismo por el que se produce la normalización del área tratada tras la abrasión con láser es desconocido. Algunos autores han propuesto que podría ser debido a la fibrosis de la dermis o a la ausencia de mutación en las células madre foliculares. No obstante, esto es poco plausible ya que el láser no afecta a la dermis reticular y a que la enfermedad está causada por una mutación germinal. En nuestra opinión, lo más probable es que se deba a cambios epigenéticos inducidos por el propio tratamiento, lo que abre la puerta a las terapias dirigidas. Este estudio demuestra la eficacia a largo plazo del láser de CO₂ en pacientes con enfermedad de Hailey-Hailey. Dicha mejora, podría justificar el uso del láser como terapia de rescate en las formas severas y refractarias. Al mismo tiempo, postulamos genes candidatos a terapias dirigidas, que disminuyen su expresión tras la abrasión con láser CO₂ y la normalización de la piel afectada.

10. IMPACTO DE LA ACCESIBILIDAD EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DECISIONES TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE HIDRADENITIS SUPURATIVA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

F.J. León Pérez, S.M. Haselgruber de Francisco, C. García Moronta, C. Cuenca Barrales, S. Arias Santiago y A. Molina Leyva

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

Antecedentes y objetivos. La hidradenitis supurativa (HS) es una de las enfermedades dermatológicas con mayor impacto calidad de vida. Es una enfermedad inflamatoria progresiva y destructiva en la que la atención precoz es fundamental para obtener los mejores resultados.

Material y métodos. Cohorte prospectiva de paciente. Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos en la Unidad de HS del Hospital Virgen de las Nieves de Granada desde el 1 de enero de 2017 hasta junio de 2023. Se recopilaron datos clínicos y potencialmente asociados con la accesibilidad la provincia de procedencia de los pacientes y si la derivación a la Unidad se había realizado de forma convencional o mediante tele dermatología en la primera visita realizada en la Unidad.

Resultados. Se incluyeron 447 pacientes. La edad media fue de 42,7 (13,81) años y la relación hombre mujer fue 228:219. Los estadios de Hurley más frecuentes fueron II, I y III. El tiempo de evolución medio fue 18,3 (11,3) años. El International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) medio fue 8,3 (8,6). La derivación desde tele dermatología vs. convencional se asoció de forma estadísticamente significativa con un menor tiempo de evolución de la enfermedad, con una menor edad de los pacientes y una menor indicación de cirugía. Los pacientes que acudieron a la Unidad de HS desde otra provincia presentaron mayor tiempo de evolución de la enfermedad, una proporción de estadio Hurley III, un mayor valor de IHS4, una mayor prescripción de fármacos biológicos e indicación de cirugía.

Conclusiones. La priorización mediante tele dermatología vs. derivación convencional parece influir positivamente en la atención precoz de los pacientes con HS. La accesibilidad geográfica a unidades especializadas de HS podría repercutir también favorablemente en la atención temprana, menores costes y morbilidad para los pacientes con HS.

11. TRATAMIENTO CON SEVOFLURANO EN IRRIGACIÓN TÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

A. Vidal Ruiz, T. Ojeda Vila, M.T. Benítez Fernández y D. Moreno Ramírez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. El sevoflurano es un anestésico general inhalatorio del grupo de los éteres halogenados indicado en la inducción y mantenimiento de la anestesia general durante la cirugía hospitalaria o ambulatoria. El uso de sevoflurano en irrigación tópica en úlceras vasculares ha sido estudiado para disminuir el dolor en las curas de las úlceras, disminuir el consumo de opioides de los pacientes y para mejorar la calidad de vida de los mismos. Sin embargo en los estudios publicados no ponen el foco en el efecto del sevoflurano como único tratamiento en las úlceras cutáneas para favorecer su epitelización.

Material-método. Estudio observacional descriptivo de pacientes con úlceras cutáneas crónicas o resistentes a tratamiento habitual, tratadas con sevoflurano tópico mediante irrigación de 1 ml/cm² de la solución comercial 3-5 veces por semana. Como medidas de resultado se valoró la respuesta terapéutica y tiempo para epitelización completa, así como efectos adversos de la aplicación.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron un total de 4 paciente, con úlceras tróficas (n = 2) y de etiología vascular (n = 2). Los 4 pacientes presentaron respuesta completa después de un período de tratamiento de 2 a 3 meses. Como efectos adversos se describió la irritación local leve durante las primeras aplicaciones.

Discusión. Esta serie de pacientes muestra que el sevoflurano en irrigación tópica puede representar una opción efectiva para el tratamiento de las úlceras cutáneas, ya sean vasculares o tróficas. Supone además, como se ha publicado en numerosas series, un tratamiento clave para la disminución del dolor.

12. DERMATOMIOSITIS JUVENIL: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL

J. López Cano^a, Á Villarejo Pérez^b, J. Bernabeu Wittel^a, M.T. Monserrat García^a, R. Bueno Molina^a y J. Conejo-Mir Sánchez^a

Unidades de ^aDermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y ^bPediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una entidad infrecuente, pero con un gran impacto en el paciente pediátrico. El manejo precoz de esta enfermedad modifica su historia natural. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes diagnosticados de DMJ en seguimiento en un hospital andaluz de tercer nivel.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se recopiló información de todos los pacientes diagnosticados de DMJ en seguimiento en consultas de dermatología y reumatología pediátricas de un hospital andaluz de tercer nivel entre 2010 y 2024. Se recogieron datos demográficos, datos clínicos, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución.

Resultados. Se incluyeron un total de 15 pacientes, de los cuales el 80% eran mujeres. La edad media al inicio de la enfermedad fue de 6 años y 7 meses. El 100% de los pacientes debutó con clínica cutánea, siendo las pápulas de Gottron la manifestación más habitual (86,7%). La clínica muscular fue la segunda en frecuencia (53,3%). Se recogió también la presencia al diagnóstico de manifestaciones articulares (46,7%), respiratorias (20%) y digestivas (20%). En cuanto al perfil serológico, destaca la positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) en un 46,7% de pacientes a lo largo de la evolución. El predominante fue el patrón moteado fino, presente en un 86,7% de determinaciones positivas. En los casos en los que se solicitaron autoanticuerpos específicos de miositis, destaca la positividad para

los subtipos anti-MDA5 (11,1%), anti-TIF-1- γ (11,1%), anti-NXP-2 (10%) y anti-Mi-2 (9,1%). Otras pruebas –niveles plasmáticos de enzimas musculares, biopsias (cutánea y muscular) y resonancia magnética– resultaron relevantes para alcanzar el diagnóstico y guiar el seguimiento. El 71,4% de pacientes recibió, de inicio, una terapia combinada con un corticoide intravenoso e inmunoglobulinas. En el 73,3% del total de individuos se alcanzó una respuesta completa. Actualmente el 86,7% de los pacientes se encuentra asintomático. **Conclusiones.** Los resultados indican que la mayoría de los pacientes debutan con manifestaciones cutáneas, destacando las pápulas de Gottron. Los perfiles de anticuerpos revelan la presencia de ANA y varios autoanticuerpos específicos. La combinación de corticoides e inmunoglobulinas presenta una alta tasa de respuestas completas.

Estudios científicos y casos clínicos

1. SERIE DE CASOS DE MELANOMA DESMOPLÁSICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA Y GENÉTICA

I. Valladares Millán^a, M.I. Fernández Canedo^a, P. Gaspar López-Cozar^b, R. Fúnez Liebana^b, D. Bautista Ojeda^b y M. de Troya Martín^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Antecedentes. El melanoma desmoplásico es una variante infrecuente conformada por células fusiformes que típicamente aparece en pacientes ancianos sobre áreas crónicamente fotoexpuestas. Su diagnóstico requiere una alta sospecha, ya que se suele manifestar como placas amelanóticas profundas. Su comportamiento difiere del de otros subtipos de melanoma y su manejo específico resulta complejo, ya que la mayoría de guías clínicas no abordan sus particularidades.

Material y método. Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo de los casos de melanoma desmoplásico diagnosticados en el Hospital Costa del Sol durante el periodo 2002-2023. Se realizó una búsqueda específica en el programa de registro de informes de Anatomía Patológica (VitroPath[®] e InfoPath[®]) y en el registro anual de melanomas del servicio. Se evaluaron las características clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y genéticas.

Resultados. Se documentaron 7 casos de melanoma desmoplásico con predominio masculino (N = 5; 71,5%) y una edad media de 80,5 años. Solo 2 (28,5%) fueron de nacionalidad española. La localización más frecuente fue la región de cabeza y cuello (N = 5). Clínicamente, todas las lesiones se presentaron como nódulos o placas rosadas asentadas en dermis sin pigmento. Desde el punto de vista histológico, todos los tumores se componían de células fusiformes, pleomórficas, separadas por abundantes fibras colágenas. La IHQ reveló positividad para los marcadores neurales S100 y SOX10 y tinción negativa para marcadores melanocíticos MelanA y HMB45. Se realizó estudio de secuenciación de nueva generación a 4 de los casos, detectándose una alta carga mutacional. Solo se ha documentado recidiva local en un paciente y solo uno fue sometido a BSGC sin linfadenectomía. Otra paciente presentó adenopatías patológicas inguinales que mostraron infiltración por melanoma tras PAAF y que requirieron linfadenectomía. Como tratamiento adyuvante, un paciente recibió RT y otra nivolumab hasta fallecimiento por progresión.

Conclusiones. El diagnóstico de melanoma desmoplásico requiere un alto nivel de sospecha. Debe considerarse ante lesiones amelanóticas en polo cefálico de pacientes ancianos con alta carga de daño actínico. Su tratamiento fundamental es la extirpación quirúrgica con margen libre, existiendo discusión sobre las indicaciones de BSGC y de tratamiento adyuvante con RT o inmunoterapia.

2. ¿PUEDE UN DERMATÓLOGO TRATAR LOS EFECTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS EN EL CÁNCER DE PIEL? DESARROLLO DEL PROTOCOLO PERITA PARA MANEJO DE irAEs EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

R.P. Román Cheuque, I. Villegas Romero, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, R. Mendoza Albarrán, L. Aguilar González, A. Claudio Oliva, C.M. Bravo García, M. Prieto Rozados, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

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

Introducción. La inmunoterapia (IT) es clave en el cáncer de piel. El tratamiento de sus efectos adversos inmunomediados (irAEs) suele incluir corticoterapia en altas dosis y/o pausas prolongadas en la IT. Describimos el protocolo de tratamiento PERITA (Pulsos Endovenosos, Retirada precoz de corticoterapia, Inmunomoduladores, Tratar Apenas prednisona < 10 mg) basado en la activación de la vía no genómica de los corticoides, buscando una remisión rápida y segura de los irAEs.

Métodos y objetivos. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con cáncer de piel tratados con IT por nuestro servicio de mayo 2019 a enero 2024. El objetivo fue describir el perfil de irAEs en nuestra serie y conocer los resultados de la aplicación del protocolo PERITA.

Resultados. Ochenta pacientes con melanoma y no melanoma recibieron tratamiento con IT. Mayoría masculina (56%) con una media de 69 años. La IT más usada fue pembrolizumab (78%). Un total de 34 pacientes (43%) presentaron al menos un irAE, acumulando 77 eventos (Tabla 1) siendo un 22% graves (G3-G5). 37 irAEs (45%) requirieron corticoides sistémicos y 16 recibieron pulsos de metilprednisolona IV. El tiempo medio de suspensión de inmunoterapia, concordante con dosis > 10 mg de prednisona fue de 24 días. El cociente dosis global acumulada/días hasta reinicio de IT fue 51 mg/día. Se utilizaron inmunomoduladores en 20 casos (26%), siendo micofenolato el más usado. A 3 años, la tasa libre de recaída en melanoma-adyuvancia fue de 71% y las tasas libres de progresión fueron 60% y 75% en melanoma avanzado y carcinoma epidermoide, respectivamente. La mayoría (93%) de los irAEs fueron tratados por dermatólogos, siendo resueltos completamente un 86%, con un fallecimiento en la serie.

Conclusiones. Los resultados en seguridad y eficacia de nuestra serie son similares a los ensayos clínicos en IT. Las guías oncológicas (EADO, NCCN) abogan por altas dosis de corticoides en mg/kg para el manejo de irAEs G3-G4 (CTCAE). Para continuar con la IT requerimos una mejoría del irAE hasta G1-2 y una dosis de prednisona < 10 mg/día. La estimulación de la vía no genómica, de gran potencia antiinflamatoria, con pulsos de corticoterapia asociados a un inmunosupresor órgano-específico (PERITA) permite una remisión rápida y con menos efectos secundarios, resguardando la eficacia de la IT. Proponemos a los dermatólogos el uso de este protocolo.

3. ÚLCERA ANAL SIN CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA ¿UN CALLEJÓN SIN SALIDA?

J. Clavijo Herrera, J.M. Morón Ocaña, E.M. Rodríguez Rey y A. Pérez Gil

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. El hallazgo de una úlcera anal obliga a realizar un complejo diagnóstico diferencial que incluye patologías de naturaleza infecciosa (principalmente enfermedades de transmisión sexual), inflamatoria y neoplásica.

Caso clínico. Varón africano de 31 años con lesión anal dolorosa de 2 años de evolución que en los últimos meses inicia deposiciones diarreas y exudado purulento. Previamente, en Argelia se realiza

biopsia con diagnóstico de condilomas anales. A la exploración, se aprecia una gran úlcera con bordes festoneados, de aspecto verrugoso, con centro fibrinoso y material mucopurulento en superficie. Se palpan adenopatías inguinales rodaderas induradas de hasta 2 cm. Con la sospecha de infección de transmisión sexual vs. carcinoma escamoso, se solicitan estudios de imagen que objetivan adenopatías inguinales y en vasos ilíacos externos, sin evidenciar neoplasia. Se cursan pruebas para la detección de sífilis, hepatitis, VIH, Chlamydia, gonococo y Mycoplasma; obteniendo un resultado negativo en todas ellas. Además, se realiza una primera biopsia donde no se observan datos de malignidad, ni infección. Ante estos resultados, se plantea la posibilidad de un proceso inflamatorio o infeccioso, por lo que se solicitan estudios microbiológicos (parásitos en heces, cultivo de hongos y detección de galactomanano), y moleculares (VVZ, VHS1 y 2, H. Ducreyi, T. pallidum, y Leishmania donovani) que nuevamente resultan negativos. Finalmente, se realiza una segunda biopsia donde no se advierten signos de vasculitis, microorganismos específicos o neoplasia; y una citología en la que no se identifica atipia ni especificidad. Pese a la negatividad de todos los estudios realizados, la clínica sugestiva de granuloma inguinal hace que sea considerado el diagnóstico más probable y se inicia tratamiento empírico con azitromicina 1 g cada 7 días durante 8 semanas con excelente respuesta.

Discusión. El granuloma inguinal es una entidad rara en nuestro medio, cuyo diagnóstico suele plantearse tras descartar otras patologías más frecuentes. En este caso, todas las pruebas confirmatorias fueron negativas. Sin embargo, la clínica sugestiva permitió realizar un tratamiento exitoso que condujo a la curación del paciente.

4. PUSTULOSIS AMICROBIANA DE LAS FLEXURAS ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN

G. Sau Molina, N. López Navarro, E. Boza Villar, C. Miranda Valverde, A. Zamora Ruiz y E. Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

La pustulosis amicrobiana de las flexuras (PAF) es una rara entidad englobada dentro de las dermatosis neutrofilicas, la cual cursa con brotes recurrentes de pústulas sobre base eczematosas involucrando principalmente los pliegues cutáneos. Afecta principalmente a mujeres de edad media y se suele encontrar asociada a otras enfermedades autoinmunes, en especial a lupus eritematoso sistémico (LES) aunque también se han visto casos asociados enfermedad de Sjögren, artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto e incluso vinculados al uso de fármacos como inhibidores del factor alfa de necrosis tumoral. Presentamos el caso de una paciente de 53 años con brote de lesiones cutáneas a modo de placas eczematosas con pústulas que afecta a pliegues inguinales, ombligo, región facial y orejas. Entre sus antecedentes personales destaca el diagnóstico de Síndrome de Sjögren de larga data. Se tomó una biopsia cutánea que demostró la presencia de pústulas intraepidérmicas, parakeratosis con espongiosis y un denso infiltrado dérmico mixto de linfocitos y neutrófilos. La inmunofluorescencia directa resultó negativa. El estudio de autoinmunidad demostró positividad para anticuerpos antinucleares, anti SS-A y anti SS-B. Ante la presencia de pústulas intraepidérmicas y la existencia de patología autoinmune de base se realizó el diagnóstico de PAF. Se comenzó tratamiento con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg, metotrexato y colchicina. Durante el próximo mes se resolvieron las lesiones cutáneas, siendo posible comenzar la pauta descendente de la corticoterapia oral. Posteriormente fue necesario suspender metotrexato por una hepatitis autoinmune intercurrente, sin provocar un empeoramiento a nivel cutáneo. Actualmente la paciente presenta buen control de las lesiones con dosis de 5 mg de prednisona diarios, colchicina y corticoide tópico. Entre las patologías que cursan con pustulosis amicrobiana y a considerar en el diagnóstico diferencial destacan

la psoriasis pustulosa, el pénfigo foliáceo, pénfigo IgA y la enfermedad de Sneddon-Wilkinson. Para el tratamiento de esta entidad se utilizan principalmente corticoides sistémicos, con los que se consigue buena respuesta clínica aunque se suelen observar recaídas al disminuir la dosis. Otras alternativas terapéuticas incluyen la colchicina, metotrexato, dapsona, suplementos orales de zinc y la combinación de cimetidina con ácido ascórbico.

5. TERAPIA CON CÉLULAS T-CAR EN LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS DE CÉLULAS B AGRESIVOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

A. Alcalá Ramírez del Puerto^a, M. Morillo Andújar^a, A. Daoud^a, F. de la Cruz Vicente^b, L. Rodríguez Fernández-Freire^a y J. Conejo-Mir Sánchez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bHematología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes. Los linfomas cutáneos primarios de células B (LCPCB) conforman un grupo muy heterogéneo de variado pronóstico. Los linfomas cutáneos primarios difusos de célula grande B tipo piernas (LCPDCG, TP) suponen el 20% de los mismos y suelen presentarse como nódulos en las extremidades inferiores en pacientes de edad avanzada. A diferencia de otros LCPCB el pronóstico es pobre, con una supervivencia a los 5 años cercana al 35%, motivo por el que el tratamiento es más agresivo incluyendo la quimioterapia sistémica, la radioterapia o rituximab. Hasta la fecha, no se ha descrito en la literatura tratamiento de los mismos con terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T).

Material y métodos. Se recogen tres casos de LCPDCG-TP de un centro hospitalario de tercer nivel refractarios a múltiples líneas de quimioterapia que alcanzaron remisión completa tras tratamiento con terapia CAR-T (axicabtagén ciloleucl) mantenida a los 6 meses.

Discusión. Las células CAR-T son células T genéticamente modificadas que expresan receptores sintéticos en la superficie celular para detectar y erradicar células cancerosas mediante la identificación de antígenos tumorales específicos (en el caso de axicabtagén ciloleucl, CD19). Hasta la fecha solo tienen aprobación por la FDA para su uso en linfomas de células B sistémicos refractarios a 2 líneas de quimioterapia previas. Dado el mal pronóstico de los LCPDCG-TP, su manejo es muy similar al de los linfomas sistémicos y el tratamiento estándar consiste en una combinación de rituximab, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona (R-CHOP) seguida o no de radioterapia focal. En el caso de enfermedad en recaída o refractaria, se podría considerar tratamiento con terapia CAR-T.

Conclusión. La terapia CAR-T se postula como una opción esperanzadora en el tratamiento de los LCPDCG-TP refractarios y su uso podría extenderse a otros linfomas cutáneos B de mayor agresividad.

6. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO COMPLEJO EN PABELLÓN AURICULAR Y REGIÓN TEMPORAL MEDIANTE COLGAJO COMBINADO

R. Salido Vallejo, J. Antoñanzas Pérez y A. España Alonso

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra). España.

La reconstrucción de defectos de pabellón auricular puede representar un auténtico reto para el cirujano dermatológico debido morfología tan especial que presenta esta estructura anatómica. En ocasiones, estos defectos pueden ser complejos y asociarse con afectación de otras subunidades anatómicas, lo que dificulta aún más el cierre quirúrgico de los mismos. Presentamos el caso de un varón de 90 años derivado a nuestro centro por persistencia de un

carcinoma basocelular micronodular en raíz de hélix derecho intervenido en otro centro. Tras la obtención de márgenes quirúrgicos libres tras cirugía de Mohs en parafina, se obtuvo un defecto de espesor total que afectaba a la raíz del hélix derecho, la parte caudal del pabellón auricular y parte de la región temporal. Se diseñó un colgajo combinado para el cierre del defecto que consistió en un colgajo de avance preauricular así como dos extirpaciones en V-bloque para conformar un nuevo hélix y realizar la inserción del mismo en región temporal. Tras 4 meses de la intervención quirúrgica, el paciente presentó unos buenos resultados funcionales y cosméticos, sin evidencia de recidiva tumoral. Los colgajos combinados son una opción excelente para la reconstrucción de defectos quirúrgicos complejos obtenidos tras cirugía dermatológica oncológica. Esta combinación de colgajos nos permite adecuarnos mejor al estándar de realizar una reconstrucción por subunidades anatómicas, lo que garantizará unos resultados óptimos en relación a otras opciones reconstructivas como colgajos simples o injertos. La elección de la combinación de colgajos será siempre individualizada en función de las características del paciente, del tumor intervenido y de las subunidades anatómicas que conformen el defecto quirúrgico.

7. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ERITEMA MULTIFORME INDUCIDO POR OXCARBAZEPINA EN PACIENTE TRAS INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

E. López Vera^a, E. Gómez Moyano^a, A. Serrano Ordóñez^a, A. Arroyo Córdoba^a, M. Ayala Blanca^b y D.J. Godoy Díaz^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. Presentamos un caso de lupus eritematoso sistémico (LES) con lesiones cutáneas tipo eritema multiforme (EM) secundario a oxcarbazepina tras infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) y la revisión de su proceso diagnóstico, clasificación y manejo.

Caso clínico. Un paciente varón de 46 años en tratamiento con oxcarbazepina por un trastorno límite de la personalidad comienza con clínica cutánea tres semanas después de un cuadro de mononucleosis infecciosa. Presentó queilitis, artralgias y un rash eritematovioláceo, dianiforme y confluyente en cara, tronco, raíz de miembros superiores y manos, con despegamiento epidérmico central. Se tomó biopsia cutánea y analítica de sangre, que mostró linfopenia, consumo de complemento (C3), elevación de GGT y positividad de anticuerpos antinucleares (ANA). Ante la sospecha de LES inducido por fármacos se decidió ingreso hospitalario para corticoterapia i.v. y suspensión de oxcarbazepina y metamilzol. La biopsia cutánea mostró degeneración vacuolar de la basal, queratinocitos necróticos y despegamiento epidérmico, un infiltrado inflamatorio superficial y perivascular linfocitario y polimorfonuclear. La inmunofluorescencia directa (IFD) evidenció mínimos depósitos granulares de IgM y C3 en la unión dermoepidérmica. La prueba de activación linfocitaria demostró un claro positivo y patrón de citólisis con la exposición a oxcarbazepina. Tras la retirada del fármaco el paciente negativizó los ANA, cesó el consumo de complemento y la linfopenia, y no ha vuelto a presentar clínica cutánea tras 4 años de seguimiento.

Discusión. La coexistencia de lesiones de EM y LES presenta un amplio diagnóstico diferencial y suponen un reto en cuanto a su clasificación. Aunque el cuadro de nuestro paciente pudiese recordar al Síndrome de Rowell, los criterios son insuficientes. El cuadro clínico sería más compatible con un LES inducido por oxcarbazepina (TTL claro positivo) con lesiones EM-like, probablemente precipitado por el antecedente de infección por VEB, que actuaría como disruptor de la respuesta inmunitaria. La normalización de las cifras de complemento, de leucocitos y de los títulos de ANA tras la suspensión del fármaco apoya el diagnóstico de lupus inducido por fármacos. El manejo de estas entidades no difiere y se fundamenta en la retirada del fármaco, cuidados de soporte y el uso de inmunosupresores en casos refractarios.

Perlas dermatológicas

1. HEPARINA SÓDICA INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS XANTELASMAS, UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

A. Gil Villalba, C. Llamas Segura, J.P. Velasco Amador, J.M. Llamas Molina, M.D. Pegalajar-García y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. Los xantelasmas son la variedad más frecuente de xantomas cutáneos. Los pacientes suelen solicitar tratamiento por motivos estéticos. El tratamiento más usado es la resección quirúrgica o el láser CO₂ según el grado de afectación. Recientemente se han publicado series de casos sobre la eficacia de su tratamiento con inyección intralesional de heparina sódica en las lesiones, con resultados cosméticamente aceptables y sin efectos adversos.

Material y métodos. Se propuso participar en el estudio a los pacientes que habían teleconsultado por xantelasmas en el último año. Se reclutaron 7 pacientes que firmaron consentimiento informado de uso fuera de indicación. Se realizó una infiltración semanal de heparina sódica 5000 unidades en 5 ml (5%), hasta resolución o máximo 10 sesiones sin respuesta. Previamente se aplicaba una capa de anestesia tópica y se inyectaba hasta crear un habón de 1 mm aproximadamente, muy superficial, previa aspiración. La dosis usada no superó los 0,5 ml entre ambos párpados, con muy bajo riesgo de absorción sistémica. De cada paciente se registraba el sexo y la edad, antecedentes familiares, fototipo cutáneo, grado de afectación, tiempo de evolución y curso (estables o en progresión), o si habían recibido tratamiento previamente. Se obtuvo un perfil lipídico inicial y se indicaba si realizaban tratamiento para hipercolesterolemia o hipertriglicéridemia. En cada sesión se tomaba iconografía de las lesiones y se registraban posibles efectos adversos. Tras el tratamiento los pacientes rellenaban un EVA dolor y dos escalas de satisfacción, el PGI-I y el TSQM9.

Resultados. De los 7 pacientes 6/7 eran mujeres, la media de edad era 55 años ($\sigma = 7$). El 71% (5/7) presentaban lesiones de más de 2 años de evolución y con empeoramiento progresivo. Todos los pacientes presentaban hipercolesterolemia con una media de 222 mmol/litro ($\sigma = 14$) y LDL 151 ($\sigma = 14$). El 28% (2/7) habían recibido tratamiento previo. Todos los pacientes fueron respondedores parciales o totales recibiendo 10 sesiones.

Conclusión. La inyección intralesional de heparina sódica se postula como una alternativa terapéutica eficaz y barata para disminuir el tamaño de los xantelasmas, ideal para pacientes que no quieren someterse a procedimientos más invasivos con riesgo de cicatrices posteriores.

2. USO DEL LUBRICANTE HIDROGEL PARA PRESERVAR EL FOLÍCULO PILOSO DURANTE LA APLICACIÓN DE LÁSER DE COLORANTE PULSADO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE ANOMALÍAS VASCULARES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J.M. Liñán Barroso, J. Bernabeu Wittel, C. Cruz Catalán, M.T. Monserrat García, R. Corbi Llopis y J. Conejo-Mir Sánchez

Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. La aplicación del láser de colorante pulsado (PDL) en áreas pilosas conlleva el riesgo potencial de provocar alopecia cicatricial debido al daño térmico en el folículo piloso al actuar sobre la oxihemoglobina. Este estudio tiene como objetivo describir la experiencia en el uso de un lubricante hidrogel para

proteger el folículo piloso durante los procedimientos con PDL en la Unidad de Anomalías Vasculares pediátricas y del adulto de un hospital andaluz de tercer nivel.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo y descriptivo para evaluar la incidencia de alopecia después de la aplicación de PDL con una longitud de onda de 595 nm, utilizando un hidrogel lubricante no inflamable para proteger la zona tratada.

Resultados. Durante el procedimiento no se registraron eventos adversos, y no se observaron casos de alopecia en los pacientes después de varias sesiones de PDL.

Conclusiones. La aplicación del lubricante hidrogel es una medida segura, económica y eficaz para prevenir la alopecia en los procedimientos con láser de colorante pulsado.

3. ANIFROLUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO

M. Viedma Martínez^a, I. Villegas Romero^b, A. Jiménez Antón^b, R. Mendoza Albarrán^b, R. Román Cheuque^b, A. Claudio Oliva^b, L. Aguilar González^b, D. Jiménez Gallo^b y M. Linares Barrios^b

^aDermatología y Venereología. ^bHospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

El lupus eritematoso cutáneo (LEC), una enfermedad autoinmune que afecta la piel, se manifiesta en varios subtipos, como el agudo (LECA), subagudo (LECSA) y crónico (LECC), que incluye la variante discoide de piel y mucosas (LED) y el chilblain-lupus. A pesar de su impacto en la calidad de vida, hay pocos tratamientos específicos aprobados para el LEC. Anifrolumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad 1 del receptor de interferón-alfa (IFNAR1), ha sido aprobado por la EMA para el lupus eritematoso sistémico (LES) moderado a grave. Se presentan tres casos de pacientes con LEC que respondieron positivamente al anifrolumab en situaciones de práctica clínica real. En el primer caso, una mujer de 19 años con LES de inicio pediátrico y complicaciones como aftosis oral y chilblain-lupus, refractarias a tratamientos convencionales, experimentó una remisión completa de las lesiones cutáneas con la administración mensual de anifrolumab, sin efectos adversos notables. El segundo caso involucró a una mujer de 47 años con LES y complicaciones cutáneas refractarias a múltiples tratamientos convencionales. Después de iniciar anifrolumab, experimentó una respuesta parcial, aunque se observaron efectos adversos como reactivación de herpes labial e infección vírica, que fueron manejados eficazmente con tratamiento específico. En el tercer caso, una mujer de 54 años con LES y síndrome antifosfolípido controlado sistémicamente, excepto por alopecia por LED grave resistente a diversas terapias, comenzó el tratamiento con anifrolumab, con resultados aún pendientes de evaluación. Estos casos sugieren la eficacia potencial de anifrolumab en lesiones cutáneas graves y refractarias del LES en la práctica clínica. La activación crónica de la vía del IFN tipo I desempeña un papel clave en la fisiopatología del LEC. El anifrolumab actúa inhibiendo de manera competitiva su unión a IFNAR1, bloqueando la dimerización y activación, y produciendo su internalización. Tanto en ensayos clínicos como en la práctica diaria, se ha observado la eficacia del anifrolumab en la remisión del LEC, incluso en pacientes sin ANA o LES asociados. En resumen, los casos presentados subrayan la eficacia potencial del anifrolumab en el tratamiento de lesiones cutáneas graves y refractarias en pacientes con LEC, destacando su papel como opción terapéutica valiosa en la práctica clínica real.

4. DUPILUMAB EN PENFIGOIDE AMPOLLOSO

A. Jiménez Antón, G. Gallo Pineda, A.J. Durán Romero, R. Román Cheuque, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de las interleucinas 4 y 13 aprobado para el tratamiento de dermatitis atópica, asma o rinosinusitis crónica con poliposis nasal. Recientes publicaciones lo posicionan como un tratamiento seguro y eficaz para el penfigoide ampolloso moderado-grave o refractario. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se incluyeron todos los casos de penfigoide ampolloso tratados con dupilumab en nuestro hospital desde octubre de 2019 hasta octubre de 2023. Se incluyó un total de 8 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 78,5 años [65,75-85,5]. Entre los antecedentes personales destacaron diabetes mellitus (62,5%), hipertensión arterial (50%), insuficiencia renal (37,5%) y carcinoma epidermoide cutáneo localmente avanzado en mano no candidato a cirugía ni a radioterapia (12,5%). En 5 pacientes (62,5%) se identificó un fármaco potencialmente desencadenante del cuadro. Respecto a los tratamientos previos, los más frecuentes fueron: corticoides sistémicos y tópicos (100%), doxiciclina (100%), nicotinamida (100%), metotrexato (62,5%), inmunoglobulinas intravenosas (12,5%) y azatioprina (12,5%). La posología habitual de dupilumab fue de 300 mg cada 2 semanas. Todos los pacientes alcanzaron una remisión completa tras una mediana de 44 días [41,75-56,5] desde el inicio de dupilumab. En 3 (37,5%) pacientes se optimizó la pauta a 300 mg cada 4 semanas por buen control clínico y en 2 pacientes (25%) se suspendió por resolución completa mantenida. Ningún efecto adverso fue notificado en nuestro estudio. El penfigoide ampolloso es una de las enfermedades ampollas autoinmunes más frecuentes. Las principales opciones de tratamiento son los corticoides tópicos y sistémicos, así como los inmunosupresores clásicos como el metotrexato. El uso de estas terapias puede verse limitado por la edad avanzada y las frecuentes comorbilidades que asocian estos pacientes. Recientemente se ha notificado en la patogenia del penfigoide ampolloso un aumento de los mediadores proinflamatorios implicados en la vía Th2 (entre los que se incluyen la IL-4, la IL-13, la IgE y los eosinófilos), explicando así el mecanismo de acción de dupilumab en esta patología. Su eficacia y buen perfil de seguridad, sitúan a dupilumab como una gran alternativa para el tratamiento de pacientes con penfigoide ampolloso.

5. DAPSONA COMO TRATAMIENTO PARA EL ACNÉ: CUANDO LA ISOTRETINOÍNA NO ES SUFICIENTE

B. Ruz Portero, F. Vizcaino Borrero, A. Vidal Ruiz, I. García Morales, T. Ojeda Vila, L. Ferrándiz Pulido y D. Moreno Ramírez

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

Introducción. El acné es la patología dermatológica más frecuente, y la isotretinoína el tratamiento de primera línea para el acné severo. En pacientes no candidatos o resistentes a la isotretinoína oral se ha planteado el uso de dapsona oral como una alternativa segura y económica. El objetivo de esta serie es describir los resultados de la dapsona en el tratamiento del acné grave como alternativa a la isotretinoína.

Material y métodos. Serie de pacientes con acné noduloquístico grave sin respuesta a isotretinoína o con contraindicación para su uso, tratados con dapsona oral 50 mg/día durante un período de 3 meses. Como medida de resultado se medirá la reducción en las escalas GAGS (Global Acne Grading System) y TRASS (Truncal Acne Severity Scale).

Resultados. Un total de 5 pacientes, con edad media de 21,4 años, recibieron 50 mg/día de dapsona oral durante 3 meses. Después de este período se observó una reducción media del GAGS del 56,4% y del 39,3% en el TRASS. No se observaron alteraciones analíticas ni otros acontecimientos adversos.

Conclusión. La dapsona sistémica podría ser un fármaco adyuvante en el tratamiento del acné severo y una alternativa segura a la

isotretinoína en el acné vulgar grave cuando la isotretinoína está contraindicada o no es efectiva.

6. EXPLORANDO LA UTILIDAD DE LA FOTOTERAPIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE GROVER REFRACTARIA A TRATAMIENTO

Á Prados-Carmona, J.P. Velasco-Amador, M. Cebolla-Verdugo, A. Gil-Villalba, M.D. Pegalajar-García, R. Ruiz-Villaverde y F.J. de la Torre-Gomar

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

La enfermedad de Grover (EG), también llamada dermatosis acantolítica transitoria o persistente, es una dermatosis infrecuente caracterizada por una erupción pruriginosa, papular o papulovesicular en el tronco histológicamente definida por acantólisis. A pesar de que los primeros casos comunicados fueron transitorios, a menudo suele presentar un curso crónico y en ocasiones refractario a tratamiento. Su incidencia es mayor en hombres blancos mayores de cincuenta años. Su etiología sigue siendo desconocida, pero clásicamente se ha relacionado con el calor y, más recientemente, con la xerosis. En casos persistentes asocia un elevado potencial de afectar la calidad de vida de nuestros pacientes, y representa un desafío terapéutico. Además de los corticosteroides tópicos y los análogos de la vitamina D, en los últimos años también se han probado nuevos enfoques terapéuticos para el tratamiento de la enfermedad, que van desde retinoides sistémicos o crioterapia hasta la terapia fotodinámica o incluso anticuerpos monoclonales inhibidores de las interleucinas 4 y 13. También existen comunicaciones de casos aislados en la literatura en los que la fototerapia se ha sugerido como una alternativa para pacientes con contraindicación o refractarios a terapias sistémicas. Sin embargo, los beneficios de las este abordaje aún no se han caracterizado por completo. Presentamos el caso de una mujer de 50 años con EG cuyas lesiones aparecieron inicialmente en la parte superior del tórax y el cuello, pero gradualmente se extendieron al resto del tronco. A pesar de las estrictas medidas para evitar el calor y la sudoración, las cremas hidratantes y el uso de múltiples tratamientos, la enfermedad persistió. La paciente fue tratada con antihistamínicos orales y combinación de corticoides tópicos y vitamina D, seguidos de isotretinoína, sin mejoría. Dada la refractariedad y dependencia de corticoterapia vía oral para controlar la enfermedad, prescribimos un abordaje alternativo basado en fototerapia combinando secuencialmente ultravioleta B de banda estrecha y ultravioleta A-1, lo que consiguió consolidar la reducción del prurito y las lesiones sin efectos secundarios y permitiendo el abandono de los corticoides orales.

7. DESMITIFICANDO LOS PULSOS DE CICLOFOSFAMIDA EN DERMATOLOGÍA

A. Claudio Oliva, A. Jiménez Antón, M. Viedma Martínez, R. Román Cheuque, R. Mendoza Albarrán, L. Aguilar González, M. Prieto Rozados, C.M. Bravo García, G. Gallo Pineda, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

La ciclofosfamida es un agente alquilante del grupo de las mostazas nitrogenadas. Inicialmente desarrollada para tratar neoplasias malignas, a dosis más bajas modula la actividad de las células T reguladoras, convirtiéndola en una herramienta terapéutica en el manejo de diversas enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, las granulomatosis con poliangeítis, la dermatomiositis, las enfermedades ampollas autoinmunes (especialmente el penfigoide cicatricial de mucosas con afectación ocular) y la esclero-

sis sistémica con fibrosis cutánea. No obstante, pese a su eficacia probada, su reputación como fármaco tóxico y peligroso comporta un uso cada vez menor, desperdiciando su potencial terapéutico. Presentaremos nuestra experiencia en tres indicaciones distintas junto a nuestro protocolo de administración y seguimiento. En concreto, presentamos dos casos de penfigoide cicatricial de mucosas graves y refractarios de más de 10 años de evolución; una mujer de 76 años y un hombre de 70 años que, tras 6 pulsos con ciclofosfamida, mejoraron marcadamente, desapareciendo las lesiones cutáneas y de mucosa oral y estabilizando las lesiones oculares. Asimismo, mostramos el caso de una mujer de 54 años con una granulomatosis con poliangeítis Wegener-like asociada al consumo de cocaína, con afectación cutánea, pulmonar y nasal, quien, tras 6 pulsos de ciclofosfamida y cese del consumo de cocaína, quedó libre de lesiones. Y, finalmente, presentamos el caso de un varón de 57 años con esclerosis sistémica grave y marcada limitación a la movilidad de los miembros superiores por la esclerosis cutánea -que ha precisado incluso de la colocación de un Porth-a-Cath para el tratamiento- que, tras refractariedad a tofacitinib oral, acaba de comenzar los pulsos de ciclofosfamida. Solo la mujer con penfigoide cicatricial de mucosas ha presentado neutropenia leve. Ninguno ha manifestado otros efectos adversos relacionados con el uso de ciclofosfamida con buenas tolerancia y adherencia al tratamiento. Con este estudio queremos destacar la utilidad y seguridad de los pulsos de ciclofosfamida manejada por dermatólogos en el contexto de enfermedades autoinmunes frecuentes en nuestras consultas, desafiando así los prejuicios asociados a su uso.

8. MINITRASPLANTE CAPILAR EN ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA: CUANDO EL TRATAMIENTO MÉDICO NO ES SUFICIENTE

P. Martín Carrasco, J.J. Domínguez Cruz, R. López López y J. Bernabeu Wittel

Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. Sevilla. España.

Introducción. El trasplante capilar es una cirugía en clara expansión en cuanto a indicaciones, siendo la principal y más conocida de ellas la alopecia androgénica masculina. En estos pacientes, el trasplante realizado con más frecuencia es aquel en el que se movilizan un gran número de unidades foliculares (más de 2500) para cubrir grandes áreas alopécicas que no han respondido a tratamiento médico o no se prevea que vayan a hacerlo, como la zona frontal o la coronilla. Por otro lado, aunque con el tratamiento médico pueden conseguirse mejorías sustanciales en alopecia androgénica femenina (FAGA), con frecuencia encontramos zonas concretas no respondedoras a éste. En mujeres con FAGA esta zona suele ubicarse en la región frontal media.

Caso clínico. Mujer de 45 años con alopecia androgénica que venía siendo tratada desde hace más de 3 años con minoxidil oral (hasta 2,5 mg), dutasteride oral, espironolactona y varias sesiones de plasma rico en plaquetas y mesoterapia con dutasteride. A pesar de este tratamiento, la paciente seguía presentando una zona alopécica difusa de morfología triangular en el área frontal media. Se decidió realizar un trasplante capilar de solo 686 unidades foliculares para repoblar este área. La intervención transcurrió favorablemente y sin necesidad de tener que rapar el pelo salvo una pequeña cuadrícula en la región occipital. La paciente pudo reincorporarse de forma rápida a sus actividades cotidianas (10 días) y, al año de la intervención, la cobertura del área alopécica fue completa.

Conclusión. El trasplante capilar de tamaño reducido o minitrasplante (aquel en el que se movilizan menos de 1000 unidades foliculares) puede ser una solución muy útil para áreas alopécicas pequeñas que no mejoran con tratamiento médico. Estos minitrasplantes implicarían cirugías más cortas, con menor necesidad de personal, más económicas y con recuperación más precoz, siendo por todo ello más accesibles para cualquier paciente.

9. USO DE INHIBIDOR MEK PARA TRATAMIENTO DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: EXPERIENCIA CON UN PACIENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA

A. Daoud, M.T. Monserrat García, A. Alcalá Ramírez del Puerto, J. López Cano, J. Bernabeu Wittel y J. Conejo Mir Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Las malformaciones arteriovenosas son anomalías vasculares de alto flujo en los que existe una conexión anómala entre arterias y venas. Se origina en la mayoría de ocasiones por mutaciones somáticas (KRAS, MAP2K1...). La evolución es impredecible pudiendo ser mortal. El tratamiento se limita a la cirugía radical o a la embolización. Cada vez existe más experiencia del uso de terapias médicas dirigidas para el manejo de estas malformaciones.

Caso clínico. Paciente de 9 años con malformación arteriovenosa hemifacial izquierda estable que desde abril de 2023 presenta progresión a nivel de sistema nervioso central, así como en cortical ósea. No es candidato ni a cirugía ni a embolización curativa. Presenta múltiples ingresos con riesgo vital por episodios de sangrado. Se aprueba el uso de trametinib de forma compasiva. Al mes presenta una mejoría de su malformación a nivel clínico, así como radiológico. La tolerancia es buena, presentando efectos secundarios cutáneos leves.

Discusión. El trametinib es un inhibidor MEK, proteína que participa en la vía de señalización RAS/RAF/MEK, la cual se encuentra sobreexpresada en las MAV. Existen escasos casos en la literatura del uso de estas terapias para el manejo de estas malformaciones, con respuestas positivas en su mayoría. En el caso de nuestro paciente, se ha obtenido una mejoría a nivel clínico, así como radiológico en cortical. Asimismo, destaca que no ha vuelto a presentar nuevos episodios de sangrado. Como punto negativo, dada la situación de urgencia, se ha pautado el tratamiento sin estudio genético en piel.

10. TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA. ANTE CASOS COMPLEJOS: LA RADIOTERAPIA

C. Cruz Catalán, J.J. Domínguez Cruz, J.M. Liñán Barroso, A. Alcalá Ramírez del Puerto, A. Daoud y J. Conejo Mir Sánchez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) supone el grupo de tumores malignos más comunes diagnosticados en todo el mundo. Su prevalencia continúa aumentando en los últimos años y es responsable de más de un millón de casos nuevos y 64.000 muertes cada año en el mundo. Los carcinomas de células basales (CBC) y los carcinomas de células escamosas (CEC) representan el 99% de todos los CCNM. Debido a la influencia de la luz ultravioleta, más del 95% se localizan en cabeza y cuello. La mitad de estos pacientes tienen más de 65 años. En cuanto al tratamiento, la cirugía radical se posiciona como de elección. Sin embargo, en el caso de tumores más grandes puede ser mutilante y/o requerir técnicas de reconstrucción complejas. La radioterapia (RT) tiene un papel esencial en el tratamiento del CCNM. Puede utilizarse como exclusivo, adyuvante o concomitantemente con otros tratamientos. No existe evidencia publicada de alta calidad sobre la eficacia de la RT exclusiva para el tratamiento curativo. Los esquemas habitualmente utilizados son de entre 30-70 Gy y duran de dos a siete semanas.

Nuestros casos. Presentamos una serie de pacientes tratados de CCNM y campo de cancerización en el pasado (crioterapia, cirugía, terapia fotodinámica, tratamientos tópicos), que presentaban numerosas lesiones. La mayoría correspondían a CBC, CEC y queratosis actínicas grado 3 y eran irreseccables quirúrgicamente por el tamaño y el elevado número. Además, los pacientes seleccionados tenían edad avanzada (83 años de media) y comorbilidades importantes. Por ello, de forma conjunta con el Servicio de Oncología

Radioterápica y de manera individualizada, se les propuso tratamiento con RT. Todos presentaron excelente respuesta, con buena evolución de las lesiones y resolución de la mayoría de ellas. La adherencia al tratamiento fue buena salvo en un paciente en el que tuvo que suspenderse por ansiedad durante las sesiones (aun así, completó 8 de 20 sesiones y se produjo resolución completa de las lesiones).

Conclusión. Proponemos el uso de la RT como técnica terapéutica para pacientes con CCNM y dificultad para la realización de tratamiento quirúrgico por su elevada disponibilidad en los centros sanitarios, la gran eficacia para tratar estas lesiones y la experiencia en cuanto a efectos adversos.

11. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BLEOMICINA ESCARIFICADA EN VERRUGAS RECALCITRANTES

A. Serrano Ordóñez, S. Martínez García, G. de la Vega Calvo Moreno, L. Martínez Pilar y M.D. Fernández Ballesteros

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. Las verrugas cutáneas son lesiones benignas causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Se estima que un 40% de la población presenta infección por el VPH, y hasta un 7-12% desarrollarán verrugas cutáneas en sus distintas formas clínicas (comunes, palmares o plantares). La bleomicina se ha utilizado como tratamiento de verrugas, habitualmente de forma intralesional, cuyo efecto adverso más frecuente es el dolor asociado en la zona de punción. Sin embargo, se han descrito otras técnicas de aplicación de bleomicina tópica menos dolorosas y con similar o mayor efectividad.

Objetivos. Con este trabajo, aportamos una serie de 19 pacientes con verrugas recalcitrantes que han recibido tratamiento con bleomicina escarificada, describiendo el procedimiento de aplicación.

Método. Se incluyeron 19 pacientes tratados en un único centro, que presentaban verrugas cutáneas (vulgares, palmares, plantares y/o periungueales) de más de 6 meses de evolución y que hubieran realizado algún tratamiento previo. Se cuantificó el dolor asociado a la aplicación mediante la escala visual analógica (EVA) y se evaluó la efectividad del tratamiento según respuestas completas, parciales, o ausencia de respuesta.

Resultados. De los 19 pacientes, 16 consiguieron una respuesta completa, con una mediana de aplicaciones de 2. El tratamiento fue bien tolerado y no se describieron efectos adversos graves asociados. Del total, 16 pacientes (84,2%) presentaron respuesta completa, 2 parcial, y 1 ausencia de respuesta.

Conclusión. El tratamiento con bleomicina escarificada es un método efectivo, seguro y sencillo para el tratamiento de verrugas víricas, con la principal ventaja sobre la administración intralesional de ser menos dolorosa. En nuestra serie, se consiguieron respuestas completas en la mayoría de los pacientes, con buena tolerancia y sin objetivarse ningún efecto adverso grave. Por tanto, estos datos apoyan el uso de bleomicina en escarificación para el tratamiento de verrugas víricas.

12. PARCHES DE CAPSAICINA DE ALTA POTENCIA (8%) PARA EL TRATAMIENTO DE DERMATOSIS ASOCIADAS A PRURITO Y DOLOR NEUROPÁTICO

J.M. Morón Ocaña, S. Muñoz Morera, J. Clavijo Herrera, M.L. Martínez Barranca, I.M. Coronel Pérez y Á. del Espino Navarro Gilabert

Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

El dolor neuropático (DN) puede presentarse con síntomas como prurito, ardor, hormigueo, alodinia e hiperalgesia en una zona cutánea determinada debido a una neuropatía sensorial subyacente. Como consecuencia de la irritación nerviosa pueden surgir manchas cutáneas pigmentadas ecematizadas y amiloidosis por fricción en la región alterada. Presentamos una serie de casos de DN con expresión cutánea tratados con parches de capsaicina de alta potencia (8%). Antes y después del tratamiento se recogieron de cada paciente la escala visual analógica (EVA) de prurito y dolor y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI). Se realizó una exploración para delimitar la zona de hiperalgesia afectada y se aplicó el parche de forma sellada con esparadrado durante una hora en espalda y 30 minutos en pierna. Se obtuvo una mejoría en todos los casos, manteniendo la duración del alivio a largo plazo. Las reacciones adversas más comunes fueron reacciones leves instantáneas en el lugar de aplicación, como eritema, y dolor, que se resolvieron espontáneamente en horas. La capsaicina en una concentración elevada (8%) puede provocar una desfuncionalización del receptor de potencial transitorio tipo 1 (TRPV1), bloqueando la transmisión de estímulos dolorosos durante un período prolongado de hasta 3 meses. Las cremas de capsaicina, con concentraciones más bajas (0,025-0,075%) presentan una eficacia menor al producir una desensibilización mucho más transitoria (horas). Las posibles desventajas del uso del parche al 8% son el hecho de que su aplicación se debe realizar bajo la supervisión de un profesional sanitario. El parche dérmico de capsaicina al 8%, solo o en combinación con otros medicamentos se convierte en una alternativa terapéutica útil para el tratamiento del DN en dermatología con el objetivo de proporcionar un alivio duradero del dolor.

13. SUTURA DE TRANSFIXIÓN MECÁNICA (GRAPAS) PREVIA A EXTIRPACIÓN DE LESIONES EN CUERO CABELLUDO PARA REDUCIR EL SANGRADO DE LAS MISMAS

J. Márquez Enríquez

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera (Cádiz). España.

La cirugía dermatológica de tumores del cuero cabelludo presenta habitualmente un sangrado profuso de la misma que dificulta su realización, sobre todo afectando a personas de mayor edad y con comorbilidades. La sutura periférica con grapas presenta un método simple, rápido y práctico de reducir el sangrado durante la extirpación.

PÓSTERES

P01. PÁPULAS Y PLACAS ULCERADAS EN MUJER DE MEDIANA EDAD, UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO

M.D. Pegalajar García^a, A. Gil Villalba^a, M. Zulaika Lloret^a, M. Rodríguez Troncoso^a, J.J. Gómez Valcárcel^b y M. Gálvez Moreno^a

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

Presentamos el caso de una paciente de 46 años sin antecedentes médicos previos que consultaba por pápulo-placas violáceas, algunas ulceradas, en miembros inferiores y tronco de dos meses de evolución que resolvían dejando una cicatriz hiperpigmentada residual. No presentaba clínica sistémica acompañante. Se descartó patología infecciosa mediante cultivo de bacterias y micobacterias de las lesiones. La analítica sanguínea con auto-

inmunidad incluyendo anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, y las serologías para virus hepatotropos, VIH y lúes no arrojaron resultados significativos. El estudio histológico reveló ulceración epidérmica con edema intra y subepitelial con formación de microvesículas, un abundante infiltrado linfocitario perivasculoso e intersticial rico en eosinófilos y signos de vasculitis linfocitaria. El estudio de reordenamiento clonal descartó una papulosis linfomatoide. Dada la clínica y los resultados analíticos e histológicos se llegó al diagnóstico de una vasculitis eosinofílica recurrente (VER) y se inició tratamiento con dapsona 50mg/día. La VER es una entidad infrecuente caracterizada por brotes recurrentes de pápulo-placas violáceas que pueden ulcerarse, de predominio en miembros inferiores en mujeres de mediana o avanzada edad, y de raza asiática. No asocia afectación multiorgánica, apareciendo en ocasiones angioedema o sintomatología general leve. Como hallazgos analíticos destaca la eosinofilia en sangre periférica, siendo frecuentes la leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y de IgE. La histología se caracteriza por un infiltrado dérmico perivasculoso rico en eosinófilos y vasculitis necrotizante de pequeño vaso sin datos de leucocitoclasia. En el diagnóstico diferencial se incluyen patologías como la urticaria vasculitis, el síndrome de Wells, la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, y el síndrome hiper eosinofílico, que pueden descartarse mediante hallazgos clínicos y analíticos característicos. El tratamiento habitual es la corticoterapia a dosis media con descenso gradual, siendo habitual la recurrencia tras su suspensión. Algunas alternativas terapéuticas incluyen tacrolimus oral, indometacina, dapsona o mepolizumab.

P02. TERAPIA FOTODINÁMICA DE LUZ DE DÍA HOSPITALARIA FRENTE A DOMICILIARIA CON AUTOAPLICACIÓN DE NANOEMULSIÓN DE ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO (BF-200 ALA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA QUERATOSIS ACTÍNICA: ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y CIEGO

J.M. Llamas-Molina^a, Á. Ayén-Rodríguez^a, M. Gálvez-Moreno^a, J.P. Velasco-Amador^a, R. Ruiz-Villaverde^a, A. Molina-Leyva^b y S. Sáenz-Guirado^a

Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario San Cecilio.

^bHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. La terapia fotodinámica con luz de día (TFDd) se ha convertido en uno de los tratamientos más efectivos para la resolución de las queratosis actínicas (QA) grado I y II de Olsen. Generalmente, la TFDd se lleva a cabo en un entorno clínico, lo que implica un uso importante de recursos y el desplazamiento del paciente y sus cuidadores hasta el hospital.

Objetivos. Determinar la eficacia y la seguridad del tratamiento domiciliario de las QA con TFDd con la autoaplicación de gel BF-200 ALA en comparación con el tratamiento llevado a cabo en un entorno clínico.

Métodos. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico y de no inferioridad con dos grupos paralelos. Nueve pacientes recibieron una sesión de TFDd en ámbito hospitalario (grupo 1) y once pacientes recibieron una sesión de TFDd en su domicilio (grupo 2). Los criterios de valoración primarios fueron el aclaramiento medio de QA por paciente y la tasa total de aclaramiento a las 12 semanas del tratamiento. Los criterios secundarios de valoración fueron el número de QA restantes y de nuevas QA que aparecían en el campo de tratamiento 12 semanas después de una sesión de TFDd. También se evaluaron el dolor durante y 24 h después de la TFDd y las reacciones cutáneas locales.

Resultados. La reducción global de las lesiones de QA por paciente fue similar en ambos grupos con una sesión de TFDd. El aclaramiento global de QA por paciente fue de $10 \pm 4,33$ en el grupo 1 frente a $9,73 \pm 2,9$ en el grupo 2, sin diferencias estadísticamente

significativas ($p = 0,868$). En cuanto a la tasa de aclaramiento, aunque fue ligeramente superior en el grupo 2 ($71,58 \pm 22,51$ frente a $82,1 \pm 11,13$), el análisis no mostró diferencias estadísticamente significativas. El dolor leve registrado durante el curso del tratamiento y las reacciones cutáneas locales leves fueron similares en ambos grupos. La satisfacción de los pacientes fue alta en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión. La TFDd autoaplicada en casa con gel BF-200 ALA es tan eficaz como la realizada en un entorno clínico, con un perfil de seguridad comparable, altos niveles de satisfacción del paciente y ventajas para los pacientes y sus cuidadores que pueden mejorar la adherencia al tratamiento.

PO3. EFICACIA DE LA IONTOFORESIS EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PALMAR

M. Morales Conde, M. Fernández Gómez, O. Pérez Benítez, C. Vila Sava, I. de Alba Rioja, M.C. Vázquez Bayo, N. Parra Manrique y M.C. Suárez Marrero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Antecedentes. La hiperhidrosis palmar es una afección que puede repercutir de manera importante en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. La iontoforesis es una de las modalidades de tratamiento que existen.

Objetivo. Analizar la eficacia de la iontoforesis en los pacientes con hiperhidrosis palmar y su repercusión en la calidad de vida.

Materiales y métodos. Estudio prospectivo de pacientes con hiperhidrosis palmar que realizaron tratamiento con iontoforesis en el Hospital Juan Ramón Jiménez durante los años 2021-2023. La gravedad de la hiperhidrosis y la afectación en la calidad de vida se midieron mediante cuestionarios autocompletados por los pacientes: la escala de gravedad de hiperhidrosis (HDSS) y el índice de calidad de vida de hiperhidrosis (HidroQOL). Dichas escalas se pasaron al inicio y al final del tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 17 pacientes (13 mujeres y 4 hombres), con una edad media de 28 años. Dieciséis pacientes consiguieron una reducción de puntos en ambas escalas, solo hubo 1 paciente sin respuesta. La gravedad promedia al inicio fue de 3,3 puntos sobre 4 en la escala HDSS, que se redujo a 1,6 puntos después del tratamiento. La afectación en la calidad de vida promedia previa al tratamiento fue de 27,7 puntos sobre 36 en la escala HidroQOL, y esta se redujo a 10,7 puntos posterior al tratamiento.

Conclusiones. La iontoforesis consiguió una reducción de la gravedad de la hiperhidrosis y una mejoría de la calidad de vida de la mayor parte de los pacientes.

PO4. TENDENCIAS DE MORTALIDAD DE CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN ANDALUCÍA ENTRE 1983-2022: ANÁLISIS EDAD-PERÍODO-COHORTE

A. García Núñez, J.C. Hernández Rodríguez, I. Khiar Fernández, M. Sendín Martín, J.J. Pereyra Rodríguez y J. Conejo-Mir Sánchez

UGC-Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) supone el grupo de tumores malignos más incidente del ser humano, aunque su mortalidad clásicamente se ha considerado menor a la del melanoma. Los objetivos del presente trabajo son los de exponer y analizar distintos datos sobre mortalidad en Andalucía a raíz de la cohorte de pacientes fallecidos por CCNM entre 1983 y 2022, además de valorar si han aparecido cambios en las tendencias, exponiendo posibles causas.

Materiales y métodos. Las cifras de muertes debida a CCNM y la población se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (CIE-

9: 173; CIE-10: C-44). Se ajustó la mortalidad por edad según población estándar europea 2013 y se hicieron grupos agregados por edad, sexo y provincias. A su vez, se realizaron modelos de regresión para estudiar posibles puntos de cambios de tendencia -joint-points- en la mortalidad.

Resultados. Si comparamos la tasa de mortalidad estandarizada entre 1983 y 2022, se aprecia una pequeña diferencia entre ambos años, con 2,12 muertes cada 100 000 personas (IC 95% 1,58- 2,66) y 1,83 (IC 95% 1,54- 2,12), respectivamente. Por otro lado, la mortalidad es levemente mayor en Andalucía con respecto a la nacional, siendo en 2018 en España de 1,27 (IC 95% 1,16-1,39) y 1,48 (IC 95% 1,20-1,75) en la comunidad. Hasta 1987, nos encontrábamos en una tendencia ascendente de la mortalidad. A partir de ese año y hasta 1995, se produce un descenso del 9,59% anual, más significativo en los menores de 35 años. Actualmente, apreciamos una estabilidad en las tasas de mortalidad del CCNM en Andalucía.

Conclusiones. Las cifras de muertes en Andalucía por CCNM se encuentran estabilizadas desde mediados de la década de 1990, de forma similar a lo que ocurre en España. A pesar de encontrar una mortalidad y repercusión pública menores con respecto al melanoma, su alta incidencia nos obliga a no desdeñar la morbimortalidad que conllevan estas neoplasias.

PO5. EMPLEO DE DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL ECCEMA DE MANOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

D. Muñoz Barba, R. Sanabria de la Torre, C. Ureña-Paniego, A. Martínez López, T. Montero Vilchez y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que frecuentemente afecta a las palmas de las manos. Este subgrupo de pacientes sufre un fuerte impacto en su calidad de vida en distintos ámbitos, comparable al de otras enfermedades como la diabetes o el cáncer.

Objetivo. Evaluar la efectividad y seguridad de dupilumab para el tratamiento de la DA con afectación palmar en práctica clínica real.

Material y métodos. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo incluyendo todos los pacientes con DA grave que iniciaran tratamiento con dupilumab por primera vez y que recibieran el tratamiento según ficha técnica al menos durante 48 semanas. Los pacientes se agruparon en función si presentaran o no eccema de manos.

Resultados. Veintinueve pacientes fueron incluidos en el estudio, presentando 13 (44,8%) eccema de manos. Se observó que los pacientes de ambos grupos mejoraron las escalas de gravedad y la sintomatología de la DA, reflejado en una disminución en el Eczema Area and Severity Index (EASI), Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) y en la Escala Visual Analógica (EVA) para evaluar el prurito y el sueño ($p < 0,05$). No se reportaron efectos adversos destacables.

Conclusiones. Dupilumab es un fármaco efectivo y seguro para el tratamiento de la dermatitis atópica grave, incluidos aquellos pacientes que presenten afectación de las manos.

PO6. PÁPULAS PURPÚRICAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA TRATADA MEDIANTE ALOTRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

S. Haselgruber de Francisco^a, D. Muñoz Barba^a, C. Ureña Paniego^a, M. Narváez Simón^b y A. Molina Leyva^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La correlación entre la clínica y la anatomía patológica constituye un pilar fundamental en el diagnóstico de diversas afecciones cutáneas. No obstante, en ocasiones, la clínica puede

resultar engañosa, y la histopatología revela un diagnóstico que desafía nuestras percepciones iniciales.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 38 años con el antecedente de leucemia mieloide aguda en remisión completa tras alotrasplante de progenitores hematopoyéticos. En tratamiento de mantenimiento con gilterinib, y de soporte con epoetina alfa y romiplostin. Derivada a consultas de dermatología por un cuadro cutáneo consistente en pápulas eritemato-purpúricas, induradas, de morfología circular, de distribución difusa en tronco y extremidades. El cuadro se había instaurado de forma brusca, en días, y las lesiones eran completamente asintomáticas. Los diagnósticos que se consideraron dada la clínica y los antecedentes de la paciente fueron el de leucémides y el de vasculitis leucocitoclástica. Se realizaron dos biopsias punch cutáneas de las lesiones, separadas en el tiempo, y ambas concluyeron el diagnóstico de granuloma anular, con una peculiaridad: se apreciaba una abundante extravasación hemática, responsable del color purpúrico de las lesiones. El cuadro se resolvió con un ciclo de corticoides orales en pauta descendente.

Discusión. El granuloma anular se suele presentar como pápulas o placas eritematosas, clásicamente de morfología anular o arciforme. La histopatología del granuloma anular es característica: focos de degradación del colágeno rodeados de un infiltrado histiocitario, que puede configurarse formando granulomas “en empalizada” e infiltrado de mucina intersticial. En un 20% de casos se observan datos de vasculitis, predominantemente un infiltrado inflamatorio perivascular y extravasación de eritrocitos, siendo la necrosis fibrinoide menos frecuente.

Conclusiones. Este caso ilustra la importancia de mantener un enfoque amplio y considerar diversas posibilidades diagnósticas incluso cuando la presentación clínica sugiere ciertas patologías específicas. Asimismo, destaca la gran variabilidad clínica que pueden adoptar las diferentes afecciones cutáneas, incluso cuando la histología conserva sus rasgos distintivos.

P07. COEXISTENCIA DE CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA Y LEISHMANIASIS EN UN PACIENTE SERONEGATIVO PARA VIH

O. González Angulo^a, M.Á. Villena Ruiz^b, M.I. Fernández Canedo^a, J.B. Repiso Jiménez^a, R. Fúnez Liebana^c y M. de Troya Martín^a

Servicios de ^aDermatología, ^bMedicina Interna y ^cAnatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. La criptococosis se trata de una micosis sistémica con principal puerta de entrada a través de los pulmones y posible clínica a otros niveles. La leishmaniasis visceral puede afectar a la piel de forma aislada o como parte de un cuadro clínico diseminado. Ambas infecciones son mucho más frecuentes en inmunodeprimidos, sobre todo por infección por VIH. Presentamos el caso de un paciente seronegativo para VIH en el cual coexistieron ambos microorganismos en lesiones cutáneas.

Caso clínico. Varón de 78 años con diagnóstico previo de leishmaniasis mucocutánea y visceral resistente a azoles, que ingresa en Medicina Interna por deterioro del estado general. Destacan lesiones ulceradas costrosas en frente, nasal y concha auricular izquiera. Se realiza biopsia cutánea en la que se observan macrófagos que contienen estructuras compatibles con *Cryptococcus* y *Leishmania*. La serología para VIH fue negativa. En hemocultivo se aísla *Cryptococcus neoformans*. En TC toracoabdominal se observan adenopatías y bazo heterogéneo sugestivo de afectación visceral por *Leishmania*. Dado lo excepcional del caso se realizó despistaje de otras causas de inmunosupresión, objetivándose una linfopenia severa CD4 idiopática previamente no conocida. Recibió tratamiento con anfotericina B y fluconazol.

Discusión. La leishmaniasis puede presentarse en forma de leishmaniasis mucocutánea aislada o bien como leishmaniasis disemi-

nada. Además esta infección puede producir por sí misma mayor riesgo de contraer otras infecciones oportunistas. En cuanto a la criptococosis, suele producir infección subclínica en inmunocompetentes, mientras que en inmunodeprimidos es más frecuente la afectación pulmonar y del sistema nervioso central, con lesiones cutáneas muy polimorfas hasta en el 15% de los casos. En pacientes inmunodeprimidos con clínica cutánea atípica es mandatorio repetir la biopsia cutánea ya que esta ha sido clave para el diagnóstico de la coinfección en nuestro caso. En estas infecciones, sobre todo en el caso de la criptococosis es importante descartar siempre inmunodepresión, ya sea por VIH u otras causas. La linfopenia idiopática CD4 es una entidad poco frecuente en la que las infecciones oportunistas que más se presentan se producen por papilomavirus (29%) y *Cryptococcus* (24%).

P08. MELANÓFAGOS SATÉLITES. LA ANATOMÍA PATOLÓGICA SORPRENDIENDO A LA IMAGEN CLÍNICA

C. Vila Sava, I. Sayago Macías, I. de Alba Rioja, M. Morales Conde, N. Parra Manrique, M.C. Vázquez Bayo y M.C. Suárez Marrero

UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Varón de 76 años valorado en mayo 2021 a través de Teledermatología lesiones en cuero cabelludo de aparición súbita de 2 meses de evolución. Previamente refiere lesión inicial pigmentada irregular de crecimiento progresivo desde hacía 3 años. Dada las imágenes clínicamente compatibles con melanoma / metástasis satélite, se realizaron varias biopsias confirmatorias. El estudio de extensión fue negativo por lo que se planteó la cirugía radical como primera opción terapéutica. El paciente fue derivado a Cirugía Plástica con exéresis casi completa de la calota y reconstrucción mediante colgajo. La anatomía patológica objetivó melanosis actividad sin actividad de la enfermedad en ningún foco tumoral. El paciente ha presentado muy buena evolución sin recaídas locorregionales ni enfermedad diseminada a distancia.

P09. DERMATOSIS NEUTROFÍLICA “SWEET-LIKE” DEL DORSO DE LAS MANOS INDUCIDA POR GEMCITABINA

I. Khiar Fernández^a, J.M. Liñán Barroso^a, A. García Núñez^a, T. de Zulueta Dorado^b, J.C. Hernández Rodríguez^a y J. Conejo-Mir Sánchez^a

^aDermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Un hombre de 70 años, con historia de carcinoma urotelial de vejiga, acudió a nuestras consultas debido a la aparición de lesiones cutáneas dolorosas en ambas manos. Un mes antes, había iniciado tratamiento con gemcitabina como 2ª línea de quimioterapia, tras suspender cisplatino. Siete días después de una infusión de gemcitabina sola, desarrolló múltiples lesiones pseudovesiculares, dolorosas y no pruriginosas. A la exploración se identificaron nódulos y placas eritematovioláceas y edematosas, bilaterales y simétricas, en el dorso de ambas manos. El examen físico no reveló fiebre, artralgias ni otros síntomas sistémicos, y las pruebas de laboratorio fueron normales. Una biopsia (punch 4 mm) de una lesión reveló un infiltrado predominantemente neutrofílico que ocupaba la dermis, con abundante polvo nuclear. Se realizó el diagnóstico de dermatosis neutrofílica “Sweet-like” del dorso de las manos, asociada a gemcitabina. Las dermatosis neutrofílicas son un grupo de enfermedades cutáneas caracterizadas por la presencia de un infiltrado neutrófilo en la piel. Un subtipo específico es la dermatosis neutrofílica del dorso de las manos (NDDH), que se ha identificado como una variante del síndrome de Sweet. Aunque comparten si-

militudes morfológicas, se diferencia por su presentación localizada, así como por la menor frecuencia de alteraciones analíticas y sistémicas. La relación con otras condiciones, como el pioderma gangrenoso atípico y la vasculitis pustulosa, es objeto de debate. Ciertos trastornos hematológicos y algunos fármacos como la talidomida, se han propuesto como desencadenantes de la NDDH. Aquí presentamos el que, a nuestro entender, es el primer caso descrito asociado a gemcitabina. La gemcitabina es un antimetabolito con similitud estructural a la citarabina que muestra buen perfil de toxicidad, siendo las reacciones cutáneas un efecto adverso raro. En nuestro paciente, el cuadro clínico imitaba las lesiones típicas del síndrome de Sweet, pero la localización y la ausencia de alteraciones sistémicas ponían en duda este diagnóstico, siendo más compatible con la variante del dorso de las manos. Se suspendió la gemcitabina y se pautaron corticosteroides tópicos de baja potencia, y las lesiones desaparecieron por completo después de 20 días, sin recurrencia.

P10. EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA PIGMENTACIÓN MUCOCUTÁNEA CAUSADAS POR EL EMPLEO DE MEPACRINA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 67 PACIENTES

J.P. Velasco Amador, Á Prados Carmona, A. Gil Villalba, M.D. Pegalajar García, Á. Ayén Rodríguez, F.J. Navarro Triviño y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. Mepacrina, también conocido como quinacrina, es un medicamento antipalúdico utilizado en pacientes con lupus cutáneo, aunque también se utiliza para el tratamiento de otras entidades como la dermatomiositis. Los antipalúdicos de primera elección para el tratamiento del lupus cutáneo son la hidroxiclороquina y la cloroquina, pero la quinacrina se utiliza en casos particulares, especialmente cuando hay contraindicaciones para el uso de otros antipalúdicos. Entre los posibles efectos adversos asociados al uso de quinacrina se encuentran las alteraciones mucocutáneas que en ocasiones pueden ser una razón por la cual el paciente interrumpa el tratamiento.

Método. Los pacientes fueron seleccionados de una base de datos longitudinal de pacientes atendidos en nuestro hospital, que recibieron tratamiento con quinacrina desde 2019 hasta 2023. Se generaron estadísticas descriptivas para toda la muestra y se calcularon las incidencias absolutas de los eventos adversos. Los valores de p se calcularon utilizando la prueba exacta de Fisher o la prueba Chi cuadrado de Pearson.

Resultados. De los 67 pacientes tratados con quinacrina, 38 pacientes (56,71%) mostraron efectos secundarios en la piel. El efecto adverso cutáneo más frecuente fue la pigmentación amarillenta de la piel ($n = 33$), seguida de lesiones hiperpigmentadas en la cara o las manos ($n = 5$). En nuestros pacientes, 9 sufrieron un efecto adverso mucocutáneo (13,43%). No se encontró relación entre los eventos adversos y las variables clínicas y demográficas recopiladas y el desarrollo de efectos adversos cutáneos o mucocutáneos ($p > 0,05$).

Discusión. Los cambios de pigmentación mucocutánea secundarios a la mepacrina han sido poco reportados en la literatura. Las toxicidades más comunes incluyen las alteraciones en la pigmentación cutánea, siendo la pigmentación amarillenta la forma más frecuente, aunque también se han reportado cambios de pigmentación en la mucosa de la cavidad oral. En conclusión, los efectos adversos mucocutáneos causados por la mepacrina son frecuentes, por lo que sería recomendable su exploración durante el tratamiento. No existe un tratamiento específico, pero proporcionar información temprana al paciente puede evitar la interrupción del medicamento por temor a este efecto secundario.

P11. PARAQUERATOSIS GRANULAR. SERIE DE 5 CASOS

A. Arroyo Córdoba^a, F.J. del Boz González^a, S. Parmeggiani Bermejo^b, E. López Vera^a, L. Martínez Pilar^a y M.D. Fernández Ballesteros^a

^aDermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

La paraqueratosis granular (PG) es una afectación cutánea poco frecuente y benigna que se presenta característicamente como pápulas marrón-rojizas que confluyen en placas distribuidas en áreas intertriginosas, especialmente las axilas. La clínica puede ser uni o bilateral, típicamente asintomática, aunque ocasionalmente pruriginosa. La etiología de esta entidad no está claramente definida. Se ha demostrado que existe una alteración en la maduración de los queratinocitos desde la capa granulosa al estrato córneo debido a un defecto en el paso de profilagrina a filagrina. Esta situación puede verse agravada por la exposición a agentes irritantes clásicamente descritos como el uso excesivo de desodorante, cremas barrera, humedad e irritación mecánica, sin embargo, no siempre están presentes como desencadenante ni explicarían la posible afectación unilateral. Presentamos una serie de 5 casos de PG incluyendo un paciente pediátrico. Los 4 adultos son varones con una edad media de 52 años, con lesiones de distribución axilar uni (1/4) y bilateral (3/4). El paciente pediátrico es una niña de 4 meses con lesiones de distribución perianal e inguinal. Como factores asociados hemos encontrado el uso frecuente de desodorante, la obesidad y la excesiva aplicación de cremas hidratantes en la zona en el caso del lactante, probablemente agravado por el uso del pañal. La PG presenta una histología distintiva, donde se observa un estrato córneo engrosado con paraqueratosis compacta y retención de gránulos basófilos de queratohialina. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye desde acantosis nigricans, eritrasma o queratosis seborreica hasta entidades menos frecuentes como enfermedad de Hailey Hailey, enfermedad de Dowling-Degos o papilomatosis confluyente y reticulada. No existe un consenso en el tratamiento. De los 4 adultos, en 2 propusimos el uso de calcipotriol tópico y en otro paciente se usó lactato amónico 12%, con resolución completa de los casos registrados. En un adulto y el lactante, las lesiones desaparecieron espontáneamente con el cese de los factores irritantes.

P12. NEVUS CONGÉNITO CON DIFERENCIACIÓN NEURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. de la Vega Calvo Moreno, S. Martínez García, M. Romero Bravo, L. Martínez Pilar, D. Jesús Godoy Díaz y Á. Vera Casaño

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Los nevos melanocíticos congénitos (NMC) son hamartomas derivados de la cresta neural, secundarios a mutaciones somáticas en la vía de la proteína quinasa activada por mitógenos (MAPK), que interviene en la migración y diferenciación de los melanocitos. Suelen estar presentes al nacer y tienen una incidencia aproximada del 1-6% (0,005% en el caso de NMC gigantes). El tamaño de los NMC es uno de los principales factores de riesgo de desarrollo de melanoma y afectación del sistema nervioso central (melanosis neurocutánea). De esta forma, se clasifican según su tamaño adulto estimado en pequeños ($< 1,5$ cm), medianos (1,5 a 20 cm), grandes (20 a 40 cm) o gigantes (> 40 cm). Exponemos el caso de una recién nacida a término, sin antecedentes familiares de interés, que presenta al nacimiento una lesión de 15 x 10 centímetros en la región dorsal. A la exploración, se observa una placa de centro atrófico con nódulos subcutáneos en la periferia, zonas ulceradas en su superficie y aisladas regiones pigmentadas con hipertrichosis asociada. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de nevus melanocítico congénito gigante con gran diferenciación neural. Tras descartar afectación del sistema nervioso central (SNC) mediante resonancia

cia magnética nuclear, se consensuó la colocación de expansores previa extirpación completa en dos tiempos. Histológicamente, el NMC es un nevus melanocítico intradérmico o compuesto, que suele afectar a la dermis profunda, llegando en ocasiones a la grasa subcutánea o la fascia. En algunos casos asocian diferenciación neural, esto es, áreas de melanocitos fusiformes con citoplasma eosinófilo en la dermis, dispuestos en cordones o fascículos que se asemejan a corpúsculos de Meissner o cuerpos de Verocay. Los casos con intensa neurotización, pueden derivar clínicamente en nódulos y placas de consistencia blanda y plexiformes, resultando complejo el diagnóstico diferencial clínico e histológico con el neurofibroma. Asimismo, es de suma importancia realizar una evaluación inicial del SNC mediante pruebas de imagen en pacientes con NMC grandes o gigantes, en particular cuando asocian satelitosis. El tratamiento debe ser individualizado, considerando el riesgo de desarrollo de melanoma y el compromiso estético de la lesión.

P13. ANÁLISIS COMPLETO DE LA ACTIVACIÓN TRANSCRIPTÓMICA DE CÉLULAS INMUNES CIRCULANTES EN DIVERSOS GRADOS DE ALOPECIA AREATA

P.J. Gómez-Arias^a, M. Juan-Cencerrado^a, F. Gómez-García^a, J.C. Armario-Hita^b, M. Galán-Gutiérrez^a, M. Pérez-Alegre^c, R. López-Domínguez^d, M. Aguilar-Luque^e, J. Gay-Mimbrera^a y J. Ruano^a

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. Department of Dermatology. Reina Sofía University Hospital. Córdoba.* ^b*Department of Dermatology. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).* ^c*Genomic Core Facility. Andalusian Molecular Biology and Regenerative Medicine Center (CABIMER). CSIC-University of Seville-University Pablo de Olavide. Sevilla.* ^d*Bioinformatic Unit. Centro Pfizer/ Universidad de Granada/ Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO). Granada.* ^e*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.*

Antecedentes y objetivos. Este estudio tiene como finalidad realizar un análisis exhaustivo de la activación transcriptómica en células inmunes circulantes de pacientes con alopecia areata (AA).

Materiales y métodos. Para abordar esta cuestión, implementamos técnicas avanzadas de secuenciación de ARN de célula única (scRNAseq), analizando un total de 32,456 células mononucleares de sangre periférica (PBMCs). El estudio incluyó muestras de 6 pacientes con AA leve, 5 pacientes con AA severa y 5 controles sanos, proporcionando una comparativa detallada entre estos grupos.

Resultados. En pacientes con alopecia areata (AA) severa se observó un incremento generalizado en la expresión génica de células inmunes circulantes, siendo menos notable en AA leve. Los monocitos CD14⁺ proinflamatorios y CD16⁺ presentaron el nivel más alto de activación, seguidos por células NK (subtipos CD56dim y CD56bright), células T CD8⁺ (TEM y TCM), y células dendríticas plasmocitoides (pDC) y convencionales (cDC2). Las células T reguladoras (Tregs) mostraron la menor activación. Los marcadores genéticos variaron entre subtipos celulares, con una notable compartición de marcadores entre monocitos y células dendríticas (cDC y pDC), y en menor medida con células B y NK. Las células CD8⁺ compartieron marcadores con otros subtipos de células T, mientras que las células NK raramente compartieron marcadores con otros grupos.

Conclusiones. Nuestro estudio revela una dinámica compleja e interconectada en la activación inmune de pacientes con alopecia areata, especialmente pronunciado en casos severos de AA y sugiriendo una respuesta inmune innata y adaptativa coordinada y posiblemente desregulada.

P14. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE CITOQUINAS Y RECEPTORES EN CÉLULAS INMUNES CIRCULANTES MEDIANTE ANÁLISIS DEL TRANSCRIPTOMA DE CÉLULA ÚNICA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA SEVERA

I. Rivera-Ruiz^a, P.J. Gómez-Arias^a, J.L. Sanz-Cabanillas^a, P. Fernández-Crehuet Serrano^a, M. Pérez-Alegre^b, F. Navarro-Triviño^c, M. Galán-Gutiérrez^a, J. Gay-Mimbrera^d y J. Ruano^a

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Department of Dermatology. Reina Sofía University Hospital. Córdoba.* ^b*Genomic Core Facility. Andalusian Molecular Biology and Regenerative Medicine Center (CABIMER). CSIC-University of Seville-University Pablo de Olavide. Sevilla.* ^c*Department of Dermatology. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.* ^d*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.*

Antecedentes y objetivos. Este estudio tiene como finalidad profundizar en el conocimiento de la expresión diferencial de citoquinas y receptores en células inmunes circulantes para esclarecer su papel en el desarrollo y progresión de las formas severas de alopecia areata (AA).

Materiales y métodos. Para abordar esta cuestión, implementamos técnicas avanzadas de secuenciación de ARN de célula única (scRNAseq), analizando un total de 32,456 células mononucleares de sangre periférica (PBMCs). El estudio incluyó muestras de 6 pacientes con AA leve, 5 pacientes con AA severa y 5 controles sanos, proporcionando una comparativa detallada entre estos grupos.

Resultados. Los pacientes con AA severa mostraron una expresión notable de IL12RB2, IL18R1, IL18RAP e IL2RB en células NK CD56bright. Por otro lado, las células CD56dim se caracterizaron por patrones de expresión de IL32 y receptores de IL2, implicados en actividades citotóxicas. En los monocitos, todos los subtipos manifestaron expresión de IL15, y específicamente los monocitos CD14⁺ expresaron IL1B. Encontramos una expresión significativa de IL32 en diversos subtipos de linfocitos T, sugiriendo un papel extenso en la modulación de la respuesta inmunitaria. Asimismo, las células B naïve expresaron IL4R, crucial en la producción de anticuerpos, y las pDCs mostraron expresión de IL3RA.

Conclusiones. Los resultados ofrecen una visión integral de la expresión de receptores de citoquinas en células inmunitarias circulantes, destacando su relevancia en la regulación inmunitaria, las respuestas inflamatorias y la inmunidad celular. Estos hallazgos abren caminos para la elaboración de terapias dirigidas más eficaces para tratar la alopecia areata y otras afecciones inmunitarias.

P15. IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES DE AGOTAMIENTO, APOPTOSIS Y SENESCENCIA EN CÉLULAS INMUNES CIRCULANTES DE PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

M. Juan-Cencerrado^a, F. Gómez-García^a, M. Aguilar-Luque^b, R. López-Domínguez^c, F. Navarro-Triviño^d, J.J. Pereyra Rodríguez^e, M. Galán-Gutiérrez^a, P.J. Gómez-Arias^a y J. Ruano^a

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Department of Dermatology. Reina Sofía University Hospital. Córdoba.* ^b*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.* ^c*Bioinformatic Unit. Centro Pfizer/ Universidad de Granada/ Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO). Granada.* ^d*Department of Dermatology. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.* ^e*Department of Dermatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

Antecedentes y objetivos. La investigación se centró en identificar marcadores de agotamiento celular, apoptosis y senescencia las células inmunes circulantes de pacientes alopecia areata (AA). **Materiales y métodos.** Se realizó un análisis de células inmunitarias mediante secuenciación de ARN de célula única, enfocándose en la búsqueda de marcadores de agotamiento celular, apoptosis y senescencia. El estudio incluyó muestras de pacientes con AA y un grupo control para comparar los perfiles de expresión genética.

Resultados. Observamos una sobreexpresión de marcadores canónicos de agotamiento celular (TOX, CDKN1A, TIGIT, GZMK, CCL5, CTLA4, ENTPD1, HAVCR2) en células T CD4- CD8- o doble negativas (dnT) circulantes en el grupo de pacientes con AA. En contraste, otros subtipos celulares implicados en la AA no mostraron marcadores indicativos de agotamiento, apoptosis o senescencia, sugiriendo un perfil celular predominantemente activo y viable en esta condición. Las células dnT son conocidas por sus funciones regulatorias en el contexto de la autoinmunidad, suprimiendo respuestas inmunes y manteniendo la tolerancia propia. Estas células presentan características tanto de la inmunidad innata como adaptativa, lo que es crucial para prevenir el ataque del sistema inmune a los tejidos propios del cuerpo.

Conclusiones. Los resultados indican que en la AA, específicamente en las células dnT, existe una tendencia hacia el agotamiento celular. Este hallazgo podría tener implicaciones significativas en la comprensión de la patogénesis de la AA y en el desarrollo de estrategias terapéuticas que se centren en la modulación de estas células inmunitarias para el tratamiento de la alopecia areata y otras enfermedades autoinmunes.

P16. ANÁLISIS INTEGRAL DE LA EXPRESIÓN DE GENES QUE CODIFICAN QUIMIOCINAS Y SUS RECEPTORES EN CÉLULAS INMUNES CIRCULANTES EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA SEVERA

J.L. Sanz Cabanillas^a, J. Gay-Mimbrera^b, I. Rivera-Ruiz^a, P. Fernández-Crehuet Serrano^a, E. Andújar-Pulido^c, J.C. Armario-Hita^d, J.J. Pereyra Rodríguez^e, M. Galán-Gutiérrez^a, P.J. Gómez-Arias^a y J. Ruano^a

^a*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Department of Dermatology. Reina Sofia University Hospital. Córdoba.* ^b*Inflammatory Immune-Mediated Chronic Skin Diseases Laboratory. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba.* ^c*Genomic Core Facility. Andalusian Molecular Biology and Regenerative Medicine Center (CABIMER). CSIC-University of Seville-University Pablo de Olavide. Sevilla.* ^d*Department of Dermatology. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).* ^e*Department of Dermatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

Antecedentes y objetivos. Este estudio se enfocó en analizar la expresión de quimiocinas y sus receptores en diferentes poblaciones de células inmunitarias circulantes con el objetivo de comprender cómo estas moléculas señalizadoras guían el movimiento y la función de las células inmunitarias circulantes en el estado de inflamación sistémica asociada a la alopecia areata (AA).

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un análisis detallado de la expresión génica de quimiocinas y sus receptores en células inmunes circulantes, utilizando técnicas avanzadas de secuenciación de ARN de célula única. Este estudio comparó muestras de pacientes con AA severa (n = 5), AA leve (n = 6) y de controles sanos (n = 5).

Resultados. Se observó un aumento significativo en la expresión de quimiocinas CXCL8, específicamente CXCL8 en monocitos CD14+CD16- y CXCL16 en monocitos CD14-CD16+. Igualmente, se registró un incremento en los receptores CXCR4 en linfocitos CD8, gdT, MAIT y células B naïve. Además, se notó un aumento en la expresión de quimiocinas CCL en monocitos y células NK. En particular, CCL3 se encontró elevado en

monocitos CD14+ y en subtipos NK CD56dim #1 y #2; CCL4 se observó en NK CD56dim y células T CD8+; y CCL5 fue evidente en NK CD56dim, en el subtipo CD8+ TEM #2 y en células gdT. El análisis también reveló un incremento en la expresión del receptor CCR6 en el subconjunto CD4+ TCM #3 y de CCR7, crucial para el homing en ganglios linfáticos, en células T CD4+ naïve/TCM y CD8+ naïve. Finalmente, se identificó una expresión elevada de XCL1 en células NK CD56bright.

Conclusiones. Los resultados mostraron diferencias significativas en la expresión de ciertas quimiocinas y receptores entre estos grupos, proporcionando una visión más profunda de la patogénesis inmunológica de la AA en diferentes grados de severidad.

P17. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON SONIDEGIB COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO

S. Corral Pavanelo, I. Castaño Uhagón, A. Carmona Olveira, P. Luque Varela, R. Castillo Muñoz 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 seguimiento 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, inició 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.

P18. PLACA INFILTRADA IMITANDO EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DERMATOLOGÍA

C. Tienza Fernández^a, M.D. Benedicto Maldonado^a, S. Merino Molina^b, S. Corral Pavanelo^b, N. López Navarro^a y E. Herrera Acosta^a

^a*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y* ^b*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 67 años que acude al servicio de urgencias por placa eritemato-violácea edematosa en raíz de miembro inferior, de una semana de evolución, ligeramente pruriginosa y que causaba sensación de quemazón con el roce, sin asociar síntomas sistémicos. No refería infección reciente ni consumo de fármacos nuevos en los últimos años más que un antigripal que le habían recetado en su centro de salud por un proceso vírico hacía un mes. A la exploración nos encontramos con múltiples lesiones localizadas en espalda, miembros superiores y dorso de mano en fase de resolución, llamando la atención especialmente una lesión del miembro inferior que se encontraba en fase activa, con ligero aumento de la temperatura cutánea y molestias a la palpación. Revisando la historia de nuestra paciente había sido tratada con hidroxyclorequina desde 2018 a 2020 por una biopsia de labio que había sido compatible con lupus cutáneo, siendo suspendido en 2020 por control de la enfermedad sin haber presentado nuevas lesiones desde entonces. Con estos antecedentes planteamos el diagnóstico diferencial con exantema fijo medicamentoso, reacción a picadura, paniculitis, sarcoidosis o lupus cutáneo y realizamos toma de biopsia. Además también se le solicitó una analítica completa. A pesar del cuadro cutáneo atípico, la biopsia fue compatible con lupus cutáneo y en la analítica se observaron ANAs+, y Anti-Ro+. Posteriormente, comenzamos el tratamiento con hidroxyclorequina alcanzando la remisión completa de la lesión en un mes.

Conclusiones. El diagnóstico diferencial en cualquier patología médica es de suma importancia pues nos ayuda a realizar un manejo más eficiente del proceso patológico del enfermo. En el caso de la dermatología, este proceso es incluso más crucial, pues, en nuestro día a día, nos encontramos ante pacientes con lesiones cutáneas en las que el ojo clínico es nuestro único aliado. En este proceso de diagnóstico diferencial es importante hacer una correcta anamnesis e indagar sobre los antecedentes personales del paciente, proceso que nos ayudará a poder limitar la gran variedad de posibilidades diagnósticas que se pueden presumir ante una misma lesión cutánea, e incluso, a plantear otras alternativas que, en principio, no sospechábamos por la lesión elemental ante la que nos encontramos.

P19. VERRUGAS RECALCITRANTES COMO EXPRESIÓN CLÍNICA DEL DÉFICIT DE GATA2

P. Martínez Arredondo, J.M. Morón Ocaña, I.M. Coronel Pérez, M.L. Martínez Barranco y A. Pérez Gil

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. El déficit de GATA2 es una inmunodeficiencia primaria infrecuente con manifestaciones clínicas heterogéneas, incluyendo infecciones recurrentes, síndrome mielodisplásico y leucemia mieloide aguda. La variabilidad en la presentación clínica y la progresión de la enfermedad resaltan la importancia crítica del diagnóstico y tratamiento precoces.

Caso clínico. Varón de 35 años con verrugas vulgares recalcitrantes en manos y pies de años de evolución resistentes a múltiples tratamientos (inmunoférón, imiquimod, 5 - fluoracilo con salicílico, etoricoxib y láser CO₂). En mayo de 2023 se inicia estudio por Medicina Interna y Hematología para descartar de inmunodeficiencia primaria a raíz de la presencia de linfocitosis y neutropenia persistente con morfología normal. Los anticuerpos antinucleares resultan negativos, así como la serología de VIH. Posteriormente se realiza biopsia de médula ósea donde se objetivan hallazgos compatibles con mielodisplasia. Además, se lleva a cabo estudio genético descartándose la presencia de síndrome WHIM y de epidermodisplasia verruciforme. Finalmente, tras el análisis del exoma de inmunodeficiencias primarias, se diagnostica de una variante patogénica en GATA2 (p.Thr357Ala). Pendiente de trasplante de médula ósea y estudio de familiares. Actualmente, se encuentra realizando tratamiento con cidofovir tópico ante la persistencia de las verrugas.

Discusión. Este caso muestra la variabilidad del déficit de GATA2, manifestándose inicialmente como verrugas recalcitrantes y evolucionando hacia complicaciones hematológicas importantes. Resaltamos la importancia del manejo multidisciplinar de estos pacientes en el que el dermatólogo puede tener un papel importante a la hora de la identificación temprana de esta inmunodeficiencia.

P20. PAPEL TERAPÉUTICO DE BRODALUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ERITRODERMIA PSORIÁSICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Boza Villar, C. Tienza Fernández, M.D. Benedicto Maldonado, G.G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

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

Presentamos el caso de un varón de 60 años, con psoriasis de 15 años de evolución. Acude por primera vez a nuestras consultas en septiembre de 2017, momento en el que se le realiza una biopsia con diagnóstico de psoriasis. Desde entonces se inician múltiples tratamientos tópicos y sistémicos con metotrexato, acitretino, adalimumab y ustekinumab, sin clara mejoría, excepto con ustekinumab con el que se mantiene estable dos años. Sin embargo, en enero de 2023 vuelve a nuestras consultas con aumento importante del prurito y disminución de la calidad de vida (DLQI 28), presentando lesiones eritematosas de aspecto xerótico diseminadas por todo el tegumento (PASI 43, BSA 95, PGA 4), decidimos entonces realizar una nueva biopsia y suspensión del tratamiento biológico previo. Se diagnostica de eritrodermia psoriásica histológicamente e iniciamos tratamiento con brodalumab. A los 45 días el paciente presentaba una gran mejoría clínica con desaparición casi completa del prurito y mejoría de los parámetros relacionados con la calidad de vida (DLQI3) a la exploración había desaparecido el eritema y solo se apreciaban mínimas áreas de descamación en cuero cabelludo y raíz de miembros inferiores (PASI 3, BSA 2, PGA 1). En las sucesivas revisiones, a los 11 meses del inicio del tratamiento con brodalumab, no han aparecido eventos adversos relacionados con el tratamiento y la enfermedad se encuentra en remisión.

Conclusiones. La eritrodermia psoriásica es una forma rara y grave de psoriasis que se caracteriza por eritema y descamación que afecta a más del 90% de la superficie corporal y que generalmente responde peor a los tratamientos sistémicos que la psoriasis convencional. Brodalumab se ha postulado como un tratamiento eficaz en el tratamiento de la psoriasis eritrodérmica con un perfil de seguridad favorable y que mantiene en el tiempo su eficacia, aunque hacen falta ensayos con tamaños muestrales más grandes que avalen dicha experiencia clínica.

P21. USO DE TIRBANIBULINA 1% EN POMADA PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS IN SITU CUTÁNEO: SERIE DE CASOS

Á Sánchez Leiro^a, F. Vizcaíno Borrero^a, J.J. Ríos Martín^b, N. Eiris Salvado^a y D. Moreno Ramírez^a

Unidades de ^aGestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y ^bGestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción y objetivos. El carcinoma de células escamosas (CCE) in situ cutáneo es una neoplasia cutánea limitada a la epidermis con riesgo potencial de evolucionar a una forma invasiva. La tirbanibulina es un nuevo fármaco con un mecanismo de acción novedoso aprobado recientemente para el tratamiento de queratosis actínicas en cuero cabelludo y cara. Dado que algunas vías molecu-

lares son comunes en las dos entidades, la tirbanibulina se plantea como una molécula con actividad en la enfermedad.

Material y métodos. Serie de casos de pacientes con diagnóstico clínico de CCE in situ identificados mediante teleconsulta y confirmados anatomopatológicamente. Los pacientes fueron tratados con tirbanibulina 1% en pomada durante 5 días. Como medida de resultado se valoró la respuesta terapéutica clínica y dermatoscópica a los 2 meses y la toxicidad local.

Resultados. Se incluyeron 3 pacientes con CCE in situ confirmado que completaron el tratamiento con tirbanibulina 1%. Se observó respuesta completa a los 2 meses en un paciente, con respuesta parcial en el resto de pacientes. No se identificaron focos de CCE invasivo en ninguno de los tumores tratados. Los efectos adversos locales observados consistieron en eritema y prurito local leve-moderado.

Conclusiones. La aplicación de tirbanibulina no se asoció a evolución de las lesiones a carcinoma invasivo. Los efectos adversos fueron bien tolerados y no se asociaron a discontinuación del tratamiento. Son necesarios estudios con mayor número de pacientes para evaluar su eficacia.

P22. ENFERMEDAD DE LYME, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

M.D. Benedicto Maldonado, C. Miranda Valverde, S. Merino Molina, J.A. González Saavedra, E.A. Martínez García y E. Herrera Acosta

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

Caso clínico. Anamnesis: varón de 40 años sin antecedentes de interés que presentaba una lesión en pierna izquierda de 10 días de evolución con crecimiento centrífugo sin otra clínica asociada. Refería vivir en ámbito rural con animales; sin embargo no recordaba picadura de garrapata u otro insecto previamente. Exploración: presentaba una lesión de morfología anular con borde eritemato-violácea indurada y caliente en pierna izquierda con centro de piel sana con hematomas residuales.

Plan de actuación. Biopsia, serología y tratamiento con doxiciclina. **Resultados.** La serología fue negativa. Los resultados de anatomía patológica fueron compatibles con enfermedad de Lyme, observándose espiroquetas con la técnica de Wathin-Starry.

Evolución. Completa resolución del cuadro al mes del tratamiento. **Discusión y conclusiones.** La enfermedad de Lyme es una zoonosis producida por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* transmitida a través de una picadura de garrapata del grupo Ixodes ricinus. Los reservorios más frecuentes son roedores silvestres. EE. UU. y centroeuropa son las regiones geográficas en donde más prevalencia de enfermedad existe. La enfermedad temprana localizada la padecen hasta el 80% de pacientes 7-10 días tras la picadura como un eritema anular de crecimiento centrífugo (eritema migratorio). Este rash suele ser indoloro, dejando morfología en diana o en ojo de buey según se expande. Es frecuente presentar fatiga o cefalea. La enfermedad localizada diseminada aparece semanas o meses tras los primeros síntomas en forma de afectación neurológica, carditis, eritemas migratorios múltiples o linfocitoma borreliar. En cuanto a la enfermedad tardía ocurre meses o años tras la primoinfección en forma de alteración neurológica, artritis o acrodermatitis atrófica crónica. El diagnóstico es serológico aunque un alto porcentaje de pacientes pueden arrojar resultados negativos en estadios clínicos tempranos. La biopsia no suele ser necesaria, pero permite identificar las espiroquetas mediante la tinción de warthin-starry. La doxiciclina es el antibiótico de elección, variando la duración del tratamiento en función del estadio clínico. Así, cabe destacar la importancia de tener un alto índice de sospecha en pacientes con rash provenientes del ámbito rural o que presenten picaduras para así realizar un tratamiento empírico precoz y evitar el desarrollo de una enfermedad tardía.

P23. ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN PACIENTES CON TERAPIA BIOLÓGICA, SERIE DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS EN ÁREA SANITARIA ONUBENSE

F. Franco Álvarez de Luna^a, C. Vila Sava^b, M.C. Vázquez Bayo^b, M. Morales Conde^b, I. Sayago Macías^b, I. de Alba Rioja^b, N. Parra Manrique^b y M.C. Suárez Marrero^b

^aServicio de Microbiología. ^bUnidad de Gestión Clínica Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

La enfermedad tuberculosa sigue siendo muy prevalente en nuestro entorno. Los pacientes que reciben terapia biológica son más vulnerables a una posible reactivación pese a la quimioprofilaxis completa. Presentamos la serie de pacientes del área hospitalaria del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, que han desarrollado enfermedad tuberculosa activa recibiendo tratamiento con terapia biológica (antiTNF, antiIL17, antiIL23, antiIL12-23) por cualquier indicación diagnóstica, en los 2 últimos años. Un total de 69 pacientes fueron diagnosticados de tuberculosis activa confirmada microbiológicamente, de los cuales 4 de ellos (2 varones y 2 mujeres) recibían tratamiento biológico: 3 pacientes en tratamiento con antiTNF y 1 paciente con iJAK. No hubo coincidencia en cuanto a diagnóstico clínico ni al tiempo de evolución de la enfermedad o duración del fármaco. La incidencia de reactivación de tuberculosis fue baja, siendo la terapia antiTNF la más implicada.

P24. NEVUS EPIDÉRMICO QUERATINOCÍTICO GENERALIZADO

R. Muriel Cantarero^a, J.A. Llamas Carmona^a, A. Monedero de la Orden^a, E. López Vera^a, J.M. García Hirschfeld García^b y M.D. Fernández Ballesteros^a

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

Introducción. El nevus epidérmico queratinocítico se trata de una proliferación hamartosa originada en la epidermis. Consiste en la aparición de pápulas marronáceas que tienden a agruparse siguiendo las líneas de blaschko.

Caso clínico. Acude a consulta un paciente varón de 7 años de edad remitido a dermatología por presentar desde el nacimiento lesiones papulosas hiperpigmentadas que siguen las líneas de blaschko en tronco y extremidades superiores, así como a nivel facial, periumbilical, axilar, inguinal y en escroto. Clínicamente refería prurito y molestias a nivel de pliegues. Negaba síntomas sistémicos o antecedente de interés. Se decide toma de biopsia cutánea para estudio anatomopatológico, así como estudio genético sobre muestra de piel. En la biopsia se mostró hiperplasia epidérmica con papilomatosis, hiperqueratosis y pigmentación de la capa basal. Por su parte el estudio genético demostró una variante en FGFR3 c.742C>T en heterocigosis y patrón dominante. Se realizó además derivación a otros especialistas para despistaje de otras posibles afecciones. Finalmente habiendo descartado afectación extracutánea y concordando con el estudio genético y anatomopatológico se llegó al diagnóstico de Nevus epidérmico queratinocítico.

Discusión. Es importante destacar que hay numerosas variables genéticas que pueden originar síndromes cutáneos de esta extirpe, PIC3A, HRAS y FGFR3. Esta última se ha visto involucrada en el desarrollo de diferentes neoplasias (vejiga, cérvix, colorrectal y seminoma espermatocítico) aun así no hay casos hasta la fecha que puedan demostrar que dichas neoplasias y el propio nevus queratinocítico compartan la misma mutación. Los mosaicismos del gen FGFR3 se han relacionado con el síndrome de nevus epidérmico en el cual además de afectación cutánea el paciente padece trastornos neurológicos. Otras mutaciones pueden llegar a ser incluso mortales como las sucedidas en el caso de la displasia tanatófórica.

Por tanto será fundamental el reconocimiento de esta condición, la búsqueda activa y el despistaje de afectación sistémica en nuestro paciente.

P25. RETICULOHISTIOCITOSIS SIMULANDO ROSÁCEA PAPULOPUSTULOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Merino Molina, M.D. Benedicto Maldonado, M.T. Dawid de Vera, C. Tienza Fernández, M.S. Ocaña Wilhelmi y E. Herrera Acosta

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

Caso clínico. Mujer de 47 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta por lesiones a nivel perioral y periorbicular, de 4 meses de evolución, con empeoramiento progresivo y mala respuesta a antibióticos orales y tópicos. Las lesiones son asintomáticas y no refiere otra clínica acompañante. A la exploración, se aprecian pápulas y pústulas a nivel facial, con afectación periorificial, que son compatibles con rosácea papulopustulosa como primera sospecha clínica. No se evidencian lesiones a nivel mucoso ni en otras localizaciones del tegumento cutáneo. De forma empírica, se pauta tratamiento con doxiciclina oral e ivermectina tópica, sin mejoría tras finalizar tratamiento, motivo por el cual se procede a la toma de biopsia. En el estudio anatomopatológico, se evidencian histiocitos multinucleados en dermis, con abundante citoplasma eosinófilo y granular, de aspecto en vidrio esmerilado. Estos hallazgos, junto con la clínica cutánea, son compatibles con una reticulohistiocitosis. Para descartar afectación sistémica, se realiza una minuciosa exploración física, sin hallarse lesiones a otros niveles ni afectación articular, se solicita una analítica sanguínea con bioquímica, hemograma, coagulación, proteinograma, perfil tiroideo, frotis de sangre periférica y analítica de orina; y se realiza un TAC de cuerpo entero para descartar lesiones en otros órganos. Todas las exploraciones y pruebas complementarias descartan afectación sistémica, concluyendo al diagnóstico la presencia de reticulohistiocitosis con lesiones múltiples y localizadas a nivel facial, de afectación exclusiva cutánea.

Discusión. La reticulohistiocitosis es una patología cutánea que pertenece al grupo de histiocitosis de células no Langerhans, siendo muy infrecuente. Se ha descrito un espectro clínico que va desde la forma cutánea solitaria (reticulohistiocitoma de células gigantes) hasta la reticulohistiocitosis multicéntrica con afectación sistémica, principalmente a nivel articular, aunque ocasionalmente puede verse afectado el corazón, los pulmones, los ojos, el tiroides, hígado, riñones, músculos, glándulas salivales y/o la médula ósea. En contadas ocasiones, aparecen múltiples lesiones cutáneas sin indicios de patología sistémica, siendo aún más infrecuente la afectación únicamente facial, con distribución periorificial, simulando una rosácea papulopustulosa.

P26. METÁSTASIS CUTÁNEA DE MELANOMA TELANGIECTÁSICA Y ZOSTERIFORME, ANGIOSARCOMA LIKE

A. Monedero de la Orden^a, S. Martínez García^a, R. Muriel Cantarero^a, A. Arroyo Córdoba^a, J.M. García-Hirschfeld García^b y D. Jesús Godoy Díaz^a

^a*Dermatología y* ^b*Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.*

Introducción. Las metástasis cutáneas de melanoma constituyen un evento frecuente en la progresión linfática del mismo. Estas suelen presentarse como pequeñas pápulas eritematosas o pigmentadas y/o nódulos subcutáneos cercanos a la zona del melanoma. Aun así, la expresión clínica de las metástasis cutáneas puede ser muy variable dependiendo del tumor primario; en el caso del cáncer

de mama, el 80% se presentan también como pápulas o nódulos, pero en el resto de ocasiones se pueden presentar como entidades clínicas bien definidas: carcinoma telangiectásico, carcinoma erisipeloide, carcinoma escirro o en coraza, alopecia neoplásica o metástasis zosteriformes. En el melanoma estas formas clínicas de presentación son excepcionales. Presentamos el caso de una metástasis cutánea de melanoma telangiectásica y zosteriforme imitando un angiosarcoma.

Caso clínico. Paciente varón de 89 años que acude a nuestro servicio por presentar una placa eritemato-costrosa, de unos 15 cm de diámetro, de localización frontoparietal izquierda. Aunque la primera sospecha clínica podría parecer un angiosarcoma cutáneo, con la dermatoscopia se apreciaron unas zonas de retículo pigmentado irregular, crisálidas y telangiectasias sobre base eritematosa. Con sospecha de melanoma versus angiosarcoma realizamos estudio histológico donde la inmunohistoquímica fue positiva para SOX10, S-100 y HMB45; y negativa para CKAE1/AE3, ERG y CD34. El diagnóstico definitivo fue de infiltración dérmica por melanoma. En el estudio de extensión mediante body-TC se detectó afectación ganglionar en ambas cadenas cervicales y retroauriculares. Tras confirmar mutación en BRAF, se inició tratamiento con inhibidores de BRAF-MEK (dabrafenib-trametinib) durante un mes, con mejoría espectacular de las lesiones cutáneas. Desafortunadamente, el paciente falleció a causa de un shock séptico tras un ingreso hospitalario por fractura de cadera.

Discusión. Presentamos esta inusual forma clínica de presentación de metástasis cutáneas de melanoma, de distribución telangiectásica y zosteriforme imitando un angiosarcoma. En pacientes con lesiones cutáneas similares a las descritas nuestro caso, el diagnóstico diferencial debe incluir angiosarcoma, carcinoma erisipeloide, carcinomatosis intralinfática o intravascular sin manifestaciones clínicas específicas y linfoma intravascular entre otras.

P27. REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD POR AZATIOPRINA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Jiménez Puñal^a, A. Álvarez Muñoz^b, J.P. Tirado Pérez^a, T. Ojeda Vila^a, D. Moreno Ramírez^a y J.J. Ríos Martín^b

^a*Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología y* ^b*Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.*

Introducción. El síndrome de hipersensibilidad a la azatioprina es una reacción adversa poco frecuente que ocurre días o semanas tras la administración de este fármaco. La forma de presentación más frecuente es el síndrome de Sweet. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, los hallazgos pueden simular el síndrome de dermatosis/artritis asociado al intestino.

Caso clínico. Hombre de 35 años con antecedente de proctosigmoiditis ulcerosa. Consulta por pápulas eritematosas descamativas, ligeramente pruriginosas en el cuello y el tronco, sobre las que aparecen pústulas puntiformes. Asocia malestar general con mialgias y artralgias sin fiebre. Un estudio de sangre mostró leucocitosis leve con neutrofilia y elevación de la proteína C reactiva. Refiere introducción de azatioprina cuatro días antes por aumento del número de deposiciones. Se suspende dicho fármaco, se pauta corticoide tópico y antihistamínico oral y se introduce filgotinib para el tratamiento de la colitis ulcerosa. El estudio anatomopatológico describió una dermatosis neutrofílica superficial con edema subepidérmico, sin daño vascular. El paciente mejora tanto los síntomasseudogripales como intestinales y las lesiones cutáneas se resuelven en aproximadamente una semana.

Discusión. El síndrome de dermatosis-artritis asociado al intestino es una dermatosis neutrofílica poco frecuente asociada a bypass intestinal y a diferentes enfermedades intestinales como diver-

ticulitis, apendicitis, úlceras gastroduodenales o enfermedad inflamatoria. Se caracteriza por síntomas pseudogripales, artritis y lesiones cutáneas. El síndrome de hipersensibilidad a azatioprina puede simular esta dermatosis neutrofílica. En ambas patologías la histología revela un infiltrado neutrofílico dérmico sin evidencia de vasculitis, por lo tanto, es la historia clínica la que las diferencia. Resulta relevante distinguir ambas patologías pues si se trata de un cuadro de hipersensibilidad, mantener el tratamiento con azatioprina puede provocar reacciones potencialmente mortales. La recurrencia del cuadro clínico tras la reexposición al fármaco sería la forma de confirmar la relación causa-efecto.

P28. LESIONES HIPOPIGMENTADAS GENERALIZADAS: TODO UN RETO DIAGNÓSTICO

E.B. Sanz Cabanillas^a, J.B. Repiso Jiménez^a, P. Gutiérrez Hernández^b, S. Simonyan^b, F. Fernández Sánchez^c y M. de Troya Martín^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cMicrobiología. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

Introducción. La presencia de lesiones hipopigmentadas posee un diagnóstico diferencial complejo que abarca procesos inflamatorios, autoinmunes y enfermedades infecciosas y tumorales, por lo que requiere una anamnesis completa y diagnósticos de sospecha que nos permitan realizar pruebas diagnósticas dirigidas.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 31 años procedente de Paraguay que consulta por más de 10 lesiones hipopigmentadas asintomáticas en tronco de 1 año de evolución. A la exploración se observan placas geográficas hipocromas no descamativas ni infiltradas en tronco, cuello y ambos brazos. Ante la sospecha de micosis fungoide se realizó biopsia de una lesión. En el estudio histológico se observó un infiltrado linfo-histiocitario y plasmocítico peri e intra neural en nervios dérmicos superficiales junto con bacilos ácido-alcohol-resistentes intraneurales mediante técnica histoquímica FITE-FARACO. Se solicitó baciloscopia y PCR para *M. leprae* mediante la extracción de linfa del lóbulo de la oreja y de una de las lesiones. La baciloscopia resultó negativa, no obstante, la PCR fue positiva y en ecografía se observó engrosamiento del nervio radial diagnosticándose de Lepra indeterminada. Se pautó tratamiento con rifampicina, clofazimina y dapsona para lepra multibacilar.

Discusión. La lepra es una enfermedad infecciosa estigmatizante causada por el *M. leprae* cuyo mecanismo de transmisión no es del todo conocido. En base a la presentación clínica pueden diferenciarse formas tuberculoides, lepromatosas y dimorfas. A su vez existen casos de lepra indeterminada considerados la etapa inicial de esta enfermedad. Según el número de lesiones se clasifican como paucibacilares si presenta 5 o menos lesiones y multibacilares si son 6 o más. El diagnóstico se basa en la presencia de lesiones cutáneas hipopigmentadas, engrosamiento de nervios periféricos y baciloscopia positiva o bacilos en la biopsia. El diagnóstico diferencial abarca patologías de origen autoinmune, tumoral como micosis fungoide hipopigmentada e hipopigmentaciones postinflamatorias. Según se trate de lepra multibacilar o paucibacilar existen diferen-

tes regímenes de tratamiento antibiótico. En nuestro caso consideramos que el conocimiento de la lepra adquiere gran importancia en el diagnóstico y tratamiento precoz, lo que favorece la curación y evita la incapacidad y propagación de esta enfermedad.

P29. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL LINFOMA CUTÁNEO TIPO PIERNA EN UN HOSPITAL ANDALUZ DE TERCER NIVEL

A. Pereira González^a, M. Morillo Andújar^b, C. Cruz Catalán^b, A. Alcalá Ramírez del Puerto^b, J.J. Pereyra Rodríguez^b y J. Conejo Mir Sánchez^b

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos primarios difusos de células B grandes, tipo pierna (LCPDCG-TP), representan procesos linfoproliferativos cutáneos de células B con pronóstico desfavorable, evidenciando tasas de supervivencia a los 5 años en torno al 50%. Este tipo de linfoma afecta predominantemente a personas mayores, con una edad promedio al diagnóstico de 66 años. A pesar de los avances en los tratamientos, persiste una baja supervivencia en este grupo de pacientes.

Metodología. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de historias clínicas de pacientes diagnosticados con LCPDCG-TP en un Hospital andaluz de tercer nivel, durante el periodo comprendido entre 2013 y 2023. Se presentan datos epidemiológicos, clínicos, inmunohistoquímicos y de biología molecular, así como el estadio al momento del diagnóstico, tratamientos administrados y la media de supervivencia tras el diagnóstico.

Resultados. Durante el periodo de 10 años, se diagnosticaron un total de 11 pacientes con LCPDCG-TP, un 82% de hombres y un 18% de mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 68 años, realizándose el diagnóstico más precoz a los 60 años. De los pacientes incluidos, 5 fallecieron durante el seguimiento, con una media de supervivencia de 25 meses tras el diagnóstico. De los 6 pacientes restantes, 4 se encuentran actualmente en remisión completa. Las lesiones se presentan mayoritariamente como nódulos múltiples siendo la localización más típica las extremidades inferiores (64%), seguido de tronco (18%), cabeza y cuello (9%) y extremidades superiores (9%). El 73% de los pacientes presentaban un estadio IV al momento del diagnóstico, con predominio de afectación linfática infradiafragmática. La inmunohistoquímica muestra en todos los casos CD20+/CD79a+/MUM1+/Bcl2+/Bcl6+. Dos de nuestros pacientes han sido tratados con terapia de células T con receptores de antígeno quimérico (T-CAR) y han experimentado una respuesta excelente, logrando la remisión completa en ambos casos.

Conclusiones. El LCPDCG-TP continúa siendo en la actualidad uno de los linfomas cutáneos primarios más agresivos, especialmente cuando se diagnostica en edades avanzadas. Entre los factores pronósticos que influyen en la evolución de la enfermedad, tanto en la bibliografía como en nuestra serie, destacan la edad al diagnóstico, el número de lesiones iniciales y la presencia de comorbilidades.