



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATITIS DE CONTACTO (GEIDAC)

69 Reunión del Grupo Español de Dermatitis de Contacto (GEIDAC) Granada, 19 al 21 de septiembre de 2024

COMUNICACIONES ORALES

1. UNIDAD DE DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA HJ23: ANÁLISIS DESCRIPTIVO 2022 - 2023

G. Dalmau Duch, B. Valor Llácer, F. Skrabski Skalba y V. Gázquez García

Alergología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) es una enfermedad inflamatoria cutánea que afecta al 20% de la población general y es la patología ocupacional más frecuente. Según su localización y entorno de exposición, podemos orientar su causa. El objetivo del estudio es describir las características de DCA en una muestra de nuestra población, según su localización y su relevancia clínica.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes con sospecha de dermatitis de contacto, a los que se han realizado pruebas epicutáneas en nuestra sección en 2022-2023. Se recogen datos clínico-patológicos y se realiza el análisis estadístico.

Resultados. Obtenemos una muestra de 237 pacientes (176 mujeres), de edad media 48 años, de los que 115(49%) presentan DAC moderada-grave, 112(47%) con antecedentes de atopia, 5(2.1%) con antecedentes familiares de DAC. Las localizaciones más frecuentes son manos (77, 32,5%), cara (64, 27%) y tronco (59, 24,89%). Las baterías epicutáneas más testadas han sido: estándar del GEIDAC (205, 86,5%), cosméticos (59, 24,89%), metales (48, 20,25%), anti-sépticos (34, 14,3%) y dental, que incluye acrilatos (28, 11,8%). Los resultados muestran positividad en 131 pacientes (56%), con relevancia clínica en 104 (79,38%), siendo los alérgenos más frecuentes níquel, bálsamo de Perú y MDBGN (Metilidibromo glutaronitrilo).

Conclusiones. La DCA es una afección cada vez más frecuente en la población.

Las pruebas epicutáneas son la herramienta más útil para el diagnóstico y la actitud terapéutica posterior, siendo importante la valoración por profesionales con experiencia que puedan determinar la relevancia clínica de los resultados positivos con la máxima precisión. Las Unidades de Alergia de Contacto son clave en los Servicios de Alergología, donde el manejo óptimo de la DCA supone un punto de excelencia dentro de nuestra especialidad.

2. PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON DERMATITIS EN LA REGIÓN GENITAL Y PERIANAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO

V. Amat Samaranch, C. Riquelme-Mc Loughlin, J.M. Mascaró-Galy, I. Fuertes de Vega, P. Irazo Fernández y S. Gómez Armyayones

Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. La patología genital tiene un alto impacto psicológico y puede representar un reto diagnóstico y terapéutico. Este estudio tiene como objetivo identificar la frecuencia de dermatitis de contacto alérgica (DCA) en estos pacientes y los alérgenos más frecuentes.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con dermatosis en la región genito-anal sometidos a pruebas epicutáneas entre marzo de 2010 y mayo de 2023 en el Hospital Clínic de Barcelona.

Resultados. De los 3318 pacientes parcheados, 85 presentaban afectación genital y/o anal (2,5%). El 58% eran mujeres (50) y la edad media 51 años. El diagnóstico fue de DCI en el 41% de los pacientes (35) y de DCA en el 39% (33). Al menos un alérgeno positivo en 49 pacientes (58%) y en 32 de ellos (38%), se identificó alguno con relevancia presente. De los 98 alérgenos positivos, 53 eran relevantes (54%). Las causas más frecuentes de DCA fueron los productos de cuidado personal (19) y los medicamentos tópicos (9). Veintidós pacientes tenían antecedentes de dermatosis genitales como liquen escleroso, liquen plano y psoriasis, encontrándose una DCA sobreañadida en 9 de ellos (40%).

Discusión. En más de la mitad de los pacientes se han identificado algún alérgeno positivo, y el 39% presentaban relevancia clínica. Estos resultados están en línea con lo publicado previamente. Los productos de cuidado personal son la causa más frecuente de DCA, principalmente por fragancias, MCI/MI y liberadores de formaldehído. Los corticoides y anestésicos locales fueron los responsables de la mayoría de DCA por medicamentos tópicos, dado su amplio uso en cremas antihemorroidales y calmantes. Los pacientes con dermatosis en la zona genito-anal, podrían estar predispuestos a sensibilizarse a algunas sustancias, dada la solución de continuidad de la epidermis.

Conclusiones. Se recomienda realizar pruebas epicutáneas a los pacientes con eccemas genitoanales recidivantes y en pacientes con dermatosis genitales mal controladas. Debe considerarse siempre parchear los productos propios del paciente, incluidos los medicamentos tópicos.

3. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES PARCHEADOS MENORES DE 16 AÑOS DEL REGISTRO REIDAC/GEIDAC

N. Planella Fontanillas^a, D. Pesqué Cela^a, L. Borrego Hernando^b, M.Á. Descalzo^c, I. García Doval^c y A.M. Giménez Arnau^a

Departamento de Dermatología. ^aHospital del Mar. Barcelona. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ^cUnidad de Investigación AEDV. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) en niños está en aumento, afectando a alrededor del 20% de los menores de 18 años. Sin embargo, su prevalencia puede estar subestimada. Estudios han identificado diferencias entre los pacientes con DCA según su grupo de edad, lo que sugiere patrones de exposición cambiantes.

Objetivos. Describir las características clínico-epidemiológicas asociadas con la sensibilización en pacientes pediátricos e identificar los alérgenos positivos más frecuentes en España.

Métodos. Este es un estudio prospectivo descriptivo y analítico de la cohorte del Registro REIDAC/GEIDAC desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023. Se incluyeron pacientes de 0 a 16 años parcheados utilizando la serie basal del GEIDAC y se incluyeron las series accesorias.

Resultados. Se recopilaron datos de 537 pacientes. Cincuenta y cuatro pacientes tenían entre 0 y 5 años, de los cuales 17 (31,5%) estaban sensibilizados. El 24,0% tenía dermatitis atópica (DA), con localizaciones predominantes en la cara (26,4%), las manos (26,0%) y las piernas (7,6%). Los alérgenos positivos más frecuentes fueron sulfato de níquel (12,0%), hidroperóxidos de linalool 1,0% (11,3%), hidroperóxidos de limoneno 0,3% (13,0%), propóleo (10,0%) y colofonia (3,7%). La dermatitis de las manos se asoció con un mayor riesgo de sensibilización (OR 4,44; IC 95% 1,2-16,2, valor p = 0,0239).

Ciento setenta y cuatro (36%) pacientes de entre 6 y 16 años estaban sensibilizados, el 45,0% presentaba DA, con localizaciones predominantes en la cara (23,0%), las manos (24%) y las piernas (7,0%). Los 5 alérgenos principales incluyeron hidroperóxidos de linalool 1,0% (8,4%), metilisotiazolinona (8,04%), propóleo (7,5%), hidroperóxidos de limoneno 0,3% (6,9%) y sulfato de níquel (6,4%). Se encontró que la DA se asociaba con un riesgo reducido de sensibilización (OR 0,6; IC 95% 0,4-0,9, valor p = 0,0093).

Conclusión. Nuestro estudio muestra características relacionadas con la edad en la DCA pediátrica, destacando perfiles de sensibilización y expresiones clínicas variadas. La dermatitis de las manos surge como un factor de riesgo en pacientes pediátricos más jóvenes, en contraste con la DA, que resulta ser un factor negativo asociado en cohortes pediátricas mayores. Estos hallazgos subrayan la importancia de enfoques diagnósticos y de manejo adaptados para abordar eficazmente las presentaciones de la DCA pediátrica.

4. SENSIBILIZACIÓN CUTÁNEA POR EDAD EN LA SERIE BASAL ESPAÑOLA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO DE 2019 A 2023

D. Pesqué^a, N. Planella-Fontanillas^a, L. Borrego Hernando^b, M.Á. Descalzo Gallego^c, I. García Doval^d y A.M. Giménez Arnau^a

Dermatología. ^aHospital del Mar. Barcelona. ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ^cUnidad de Investigación AEDV. Madrid. ^dDermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Xeral-Cies. Vigo. Pontevedra. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) está influenciada por diversos factores, incluyendo genética, género, ocupación y hábitos sociodemográficos. La correlación de estos factores con la edad plantea la pregunta de si la sensibilización difiere entre los grupos de edad.

Objetivos. El objetivo de este estudio es evaluar la sensibilización y su relevancia según los grupos de edad en una cohorte prospectiva de pacientes parcheados con la serie basal española, así como describir sus factores epidemiológicos y clínicos, y su asociación con la sensibilización cutánea en la cohorte.

Métodos. Se llevó a cabo una investigación prospectiva y multicéntrica utilizando datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto (REIDAC) desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023. Los participantes fueron categorizados en grupos de edad: 0-11, 12-18, 19-30, 31-65 y ≥ 66 años.

Resultados. De los 13.368 pacientes parcheados, la distribución por edad fue la siguiente: 1,7% (n = 229) tenían entre 0-11 años, 3,6% (n = 484) entre 12-18 años, 13,0% (n = 1741) entre 19-30 años, 61,6% (n = 8241) entre 31-65 años y 20,0% (n = 2673) ≥ 66 años. En general, el 45,4% (n = 6069) mostró al menos una reacción positiva. La tasa de sensibilización y su relevancia fueron significativamente diferentes entre los grupos de edad, con las tasas más altas observadas en pacientes de 31-65 años (48,7% y 40,4%, respectivamente). El análisis de 31 alérgenos básicos reveló diferencias significativas en la sensibilización para siete alérgenos, con níquel, caínas, bálsamo del Perú, dicromato de potasio y 2-HEMA predominantemente identificados en adultos, mientras que colofonia e hidroperóxido de limoneno se observaron principalmente en el grupo pediátrico. El análisis multivariante indicó que todos los grupos de edad, en comparación con aquellos de 31-65 años, tenían un menor riesgo de sensibilización.

Conclusión. La sensibilización cutánea y la relevancia de las pruebas de parche positivas varían según la edad, siendo los adultos de 31-65 años los que presentan un mayor riesgo de DAC. La comparación individual de las tasas de sensibilización y su relevancia no ha mostrado diferencias relacionadas con la edad para la mayoría de los alérgenos, reforzando la importancia de la serie basal en cualquier paciente con sospecha de DAC independientemente de su edad.

5. REEVALUACIÓN DE LOS MARCADORES DE ALERGIA A CORTICOIDES EN LA BATERÍA ESTÁNDAR ESPAÑOLA AMPLIADA

P. Mercader García^a, A. M. Giménez Arnau^b, F.J. Miquel Miquel^c, J.F. Silvestre Salvador^d, T. Sanz Sánchez^e, A. Sánchez Gil^f, E. Serra Baldrich^g, J.M. Carrascosa Carrillo^h, S. Córdoba Guijarroⁱ, M.A. Pastor Nieto^j, F. Tous Romero^k, G. Melé Ninot^l, J. Sánchez Pérez^m, M.E. Gatica Ortegaⁿ y L. Borrego Hernando^a

Dermatología. ^aHospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^bHospital del Mar. Barcelona. ^cHospital Arnau de Vilanova. Valencia. ^dHospital General Universitario Dr Balmis. ISABIAL. Alicante. ^eHospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ^fHospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. ^gHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^hHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ⁱHospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. ^jFundación Jiménez Díaz. ^kHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^lHospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Hospitalario Quirónsalud. Barcelona. ^mHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁿDermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. ^aDermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Existen dos marcadores de alergia de contacto a corticoides en la batería estándar española; la budesonida y el pivalato de tixocortol. Su papel como marcadores de alergia a corticoides ha sido cuestionado, ya que no son capaces de detectar un porcentaje significativo de pacientes alérgicos.

Objetivos. Se diseñó un estudio observacional transversal para determinar la prevalencia actual y la relevancia de las pruebas epicutáneas positivas a budesonida y pivalato de tixocortol en España y

el papel potencial de añadir un nuevo marcador; el propionato de clobetasol, para mejorar la detección de la alergia a corticoides.

Métodos. Desde enero de 2022 hasta diciembre de 2023, se estudiaron los pacientes remitidos para pruebas epicutáneas a los 22 centros participantes en el Registro Español de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea. Además de la batería estándar española, los pacientes fueron estudiados con propionato de clobetasol al 0,1% en etanol y al 1% en vaselina.

Resultados. Se estudiaron un total de 4338 pacientes, cincuenta de ellos (1,15%, IC 95%: 0,88-1,52 mostraron al menos una prueba del parche positiva a cualquiera de los marcadores de alergia a corticosteroides estudiados. Venticuatro pacientes eran alérgicos a la budesonida (0,55% IC 95%: 0,37-0,82; con relevancia actual en trece (54,10%), ventitres pacientes eran alérgicos al clobetasol (0,53%, IC 95%: 0,35-0,79; con relevancia actual en trece (56,50%), y nueve al pivalato de tixocortol (0,2% IC 95%: 0,11-0,39); con relevancia actual en cuatro (44,40%). Cuatro pacientes presentaron una prueba del parche positiva tanto a budesonida como a propionato de clobetasol, un paciente presentó una prueba del parche positiva a pivalato de tixocortol y budesonida y otro paciente presentó una prueba del parche positiva a pivalato de tixocortol y propionato de clobetasol. No se encontraron diferencias significativas entre las pruebas con propionato de clobetasol al 0,1% en etanol y al 1% en vaselina.

Conclusiones. La adición de propionato de clobetasol a la batería estándar española aumentaría la capacidad de detección de pacientes alérgicos a corticoides tópicos. Recomendamos el uso de propionato de clobetasol al 1% en vaselina, por su mayor disponibilidad. Por otro lado, el pivalato de tixocortol parece tener poco valor diagnóstico y su uso en la batería estándar española parece cuestionable.

6. INGRESO HOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN DERMATITIS DE CONTACTO

L.F. Godoy Villalón, C.F. Figueroa Martín, A. San José Rodríguez, L. Borrego Hernando, F. Liuti y M.Z. Hernández Hernández

Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. Una anamnesis detallada junto a las pruebas epicutáneas (PE) llegan al diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto (DAC) en gran parte de los casos. Sin embargo, existen pacientes difíciles que requieren medidas excepcionales, como el ingreso hospitalario (IH).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de Dermatitis de Contacto del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria (población de referencia de 400.000 habitantes). Se revisaron los pacientes ingresados para aislamiento del medio por sospecha de DAC en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2023. Se valoraron las características clínicas, epidemiológicas, resultados de pruebas complementarias (PE y biopsias), así como evolución clínica durante y posterior al IH.

Resultados. Nueve pacientes de un total de 106 ingresos cumplían el criterio de inclusión. La media de edad fue de 50 años, seis hombres y tres mujeres. La mediana de tiempo de evolución desde la primera visita a la hospitalización fue de 12 meses. Previo al ingreso, todos los pacientes fueron tratados con corticoides sistémicos y cuatro requirieron inmunosupresores sistémicos (ciclosporina, metotrexato y micofenolato mofetilo), sin mediar mejoría. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 11 días. De los ocho pacientes a los que se realizaron PE, dos resultaron positivos, tres negativos y tres *angry back*. Se realizó biopsia cutánea a tres pacientes. Se diagnosticó DAC en cuatro casos, siendo dos de causa filiada. Mientas que los pacientes restantes fueron diagnosticados finalmente como dermatitis atópica, prurigo, urticaria, linfoma T y toxicodermia.

Conclusión. El IH es un procedimiento excepcional para llegar al diagnóstico definitivo de DAC. En nuestra serie permitió confirmar como DAC a la mitad de los pacientes y realizar un diagnóstico definitivo en el resto.

7. PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PEDIATRÍA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS HOSPITALES DE BARCELONA

H. Iznardo Ruiz^a, V. Amat Samaranch^b, M. Clar Castelló^c, E. Roé Crespo^a, L. Puig Sanz^a y E. Serra Baldrich^a

Dermatología. ^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^bHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^cAlergología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Introducción. El diagnóstico de la dermatitis alérgica de contacto (DAC) en la población pediátrica y adolescente puede suponer un reto diagnóstico. La similitud con otras entidades frecuentes en estas edades, como la dermatitis atópica y la dermatitis irritativa, y la dificultad técnica en la realización de pruebas epicutáneas, son algunos de los desafíos a los que nos enfrentamos.

Métodos. Estudio retrospectivo en dos centros con pacientes de 18 años o menos en los que se realizaron pruebas epicutáneas entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de mayo de 2024. Se recogieron datos demográficos, historia personal y familiar de atopía y otras dermatosis inflamatorias, presentación clínica y resultados de las pruebas epicutáneas.

Resultados. Se incluyeron un total de 60 pacientes. La edad media en el momento de realización de las pruebas epicutáneas fue de 14,05 años. El 40% (n = 24) de los pacientes presentaba antecedentes personales de dermatitis atópica. Las localizaciones más frecuentemente afectadas fueron las manos (n = 14/60, 23,33%), la cara (n = 11/60, 18,33%) y los brazos (n = 10/60, 16,67%). Se detectó positividad para al menos un alérgeno en un 56,67% de los pacientes. La tasa global de pruebas epicutáneas positivas relevantes fue de 56,14%. Los alérgenos más frecuentes fueron colofonia (5/57, 8,77%), hidroperóxido de linalool (5/57, 8,77%), cloruro de aluminio (5/57, 8,77%) y sulfato de níquel (4/57, 7,02%). En el grupo de los niños de 12 años o menos, la tasa de positividad a al menos un alérgeno fue de 76,47%, con una tasa de pruebas epicutáneas relevantes de 71,4%.

Discusión. Nuestras tasas de positividad y relevancia son similares a las reportadas por otras series pediátricas. La tasa de positividad en los niños de 12 años o menores fue superior a la de los adolescentes. Los alérgenos más frecuentemente detectados se encontraban en cosméticos y dispositivos médicos. Nuestro estudio refuerza la relevancia de las pruebas epicutáneas en el diagnóstico y tratamiento de la DAC en pediatría.

8. PRURIGO CRÓNICO Y DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A FRAGANCIAS Y TEXTILES: ¿NEXO DE UNIÓN TH2?

J. Ruiz Sánchez^a, J. Espiñeira Sicre^a, V. Cristóbal Redondo^b y J.F. Silvestre Salvador^c

^aSección de Dermatología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Dr. Balmis. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. España.

Introducción. El prurigo crónico (PC) se caracteriza por prurito crónico y múltiples lesiones pruriginosas localizadas o generalizadas de más de 6 semanas de evolución. La asociación de PC y dermatitis atópica (DA) es muy frecuente. Sin embargo, se han descrito pocos casos que relacionen el PN con la dermatitis de contacto alérgica (DCA).

Objetivo. Describir características demográficas, clínicas y la respuesta al tratamiento y evitación en seis pacientes con PC y DCA por fragancias o colorantes textiles.

Material y métodos. Estudio retrospectivo basado en revisión de historias clínicas. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar ampliada del GEIDAC.

Resultados. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes quedan recogidos en la tabla 1. Dos de ellos presentaban DCA a colorantes textiles, mientras que los cuatro restantes presentaban DCA a fragancias. Todos los pacientes mejoraron o resolvieron el PC tras evitar los alérgenos implicados. Dos pacientes fueron tratados con dupilumab: uno lo retiró tras medidas de evitación exitosas y en otro la evitación coadyuvante al uso de dupilumab ayudó al control de las lesiones pruriginosas.

Discusión. Los casos de prurigo como forma de presentación de DCA han sido descritos previamente en la literatura. La DCA puede estar perpetuada por una respuesta Th2, como se evidencia en casos de pacientes con DCA a colorantes textiles que han mejorado al ser tratados con dupilumab. La polarización Th2 en respuesta a fragancias podría explicar su presentación clínica como PC.

Conclusiones. La DCA por fragancias o por colorantes textiles puede manifestarse clínicamente como un PC. Recomendamos considerar la realización de pruebas epicutáneas tanto pacientes con PC idiopático como en aquellos con una DA asociada.

9. ¿ES UN HERPES?

A. Esteve Martínez, R. Peñuelas Leal, C. Labranderoy Hoyos, E. Díez Recio y V. Zaragoza Ninet

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Presentamos una serie de casos retrospectiva y unicéntrica de dermatitis alérgica de contacto (DAC) a clorhexidina, poniendo de manifiesto la característica presentación clínica de esta DAC, cuyo conocimiento nos puede llevar a diagnosticarla de manera más precoz y certera, con la importancia que esto puede llegar a tener para el paciente. Recogimos todos los casos de DAC a clorhexidina en nuestro centro en el periodo 2019-2024. Encontramos un total de 28 pacientes con pruebas epicutáneas positivas. La mayoría de los pacientes eran de sexo masculino, y casi dos tercios de los pacientes eran pacientes pediátricos < de 18 años. Un tercio de los afectados tenía antecedentes personales de diátesis atópica. En la mayoría de los casos la sospecha de DAC a este antiséptico fue realizada en base a los hallazgos clínicos en el momento de la primera consulta o de la visita a urgencias. En los pacientes de nuestra serie, la DAC a clorhexidina se manifestó como placas redondeadas eritematosas compuestas por pápulas y pseudovesículas, con costra central que le conferían un aspecto herpetiforme o coxaquium-like muy característico en la zona de aplicación del spray de clorhexidina. En dos pacientes, tras esta clínica aguda y subaguda se desarrolló una placa pseudolinfomatosa. Esta es la presentación característica que hemos observado en nuestros pacientes sensibilizados a clorhexidina, y sobre la que queremos poner el foco en esta comunicación, ya que nos ha permitido sospechar clínicamente la alergia cutánea a este antiséptico ampliamente utilizado desde la primera valoración del paciente.

El reconocimiento temprano de esta DAC es importante, ya que en muchos casos existe un retraso en el diagnóstico que asciende según la literatura al 55% de los pacientes, y conocer su presentación característica nos puede ayudar a solventar este retraso. Queremos poner de manifiesto el alarmante aumento de DAC a clorhexidina, sobre todo entre la población pediátrica en nuestro medio. Una de las posibles causas es el protocolo de cura del cordón umbilical con clorhexidina vigente hace algunos años, así como ser el antiséptico de elección en edad pediátrica. Por último, es importante sospechar y diagnosticar esta DAC, por el riesgo que tienen los pacientes

de presentar una DAC coexistiendo con una reacción de hipersensibilidad inmediata, como ya hemos comunicado con anterioridad.

10. ÁCIDO 3-O-ETIL ASCÓRBICO (VITAMINA C ETIL): UN INGREDIENTE COSMÉTICO EN EL PUNTO DE MIRA POR SU POTENCIAL DE PROVOCAR DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO

M.A. Pastor Nieto^a, M.E. Gatica Ortega^b, D.I. Santiago Sánchez-Mateos^a, L. Fuertes de Vega^a, C. Manzanas Yustas^a, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro^c, M. Hervella Garcés^c, F.J. Navarro Triviño^d, P. Mercader García^e, J.F. Silvestre Salvador^f y F. Heras Mendaza^a

Dermatología. ^aFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bHospital Universitario de Toledo. Toledo. ^cHospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. ^eHospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^fHospital General Universitario Dr Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Antecedentes. En la literatura se han comunicado 13 casos de dermatitis alérgica de contacto (DAC) al ácido 3-O-etil ascórbico en productos cosméticos en siete publicaciones de investigadores europeos y japoneses.

Objetivo. Describir una nueva serie de casos de DAC por ácido 3-O-etil ascórbico diagnosticados en seis Servicios de Dermatología de España.

Métodos: Se analizaron las historias clínicas para determinar los datos epidemiológicos de los pacientes; la distribución anatómica de las lesiones; los cosméticos implicados; los resultados de las pruebas de parche y/o de la prueba de aplicación abierta repetida (ROAT); el tiempo de evolución; y los alérgenos positivos adicionales.

Resultados. Siete pacientes (todos ellos mujeres con dermatitis facial) desarrollaron reacciones positivas a una variedad de productos cosméticos con ácido 3-O-etil ascórbico, así como a varios preparados de ácido 3-O-etil ascórbico. Uno desarrolló una reacción aguda tras la ingestión oral de vitamina C. En este caso, se sospechó de reactividad cruzada entre ambas sustancias.

Otra paciente con alopecia frontal fibrosa y eczema facial, usuaria de un aceite con ácido ascórbico resultó positiva al ácido 3-O-etil ascórbico 10% aq. También en este caso se sospechó de reactividad cruzada, sin embargo, no se realizaron pruebas de parche con ácido ascórbico o ROAT con el producto. Las medidas de evitación condujeron a la resolución en todos los casos.

Conclusiones. La realización de pruebas de parche con los productos personales de los pacientes y sus ingredientes individuales es de suma importancia para diagnosticar alérgenos emergentes como el ácido 3-O-etil ascórbico cuyo potencial como causa de dermatitis de contacto se está tomando cada vez más en consideración. Recomendamos realizar pruebas de contacto con ácido 3-O-etil ascórbico en pacientes usuarias de cosméticos con ácido 3-O-etil ascórbico con dermatitis de contacto en la cara/párpados/cuello. Son necesarios estudios que valoren su posible incorporación a una serie de cosméticos o incluso investigar el porcentaje real de sensibilización a este compuesto en la población general estudiada con pruebas de parche.

11. SENSIBILIZACIÓN A ACEITE DE RICINO (CASTOR OIL): EL ALÉRGENO DE LAS MIL CARAS

D.I. Santiago Sánchez-Mateos^a, M.E. Gatica Ortega^b, M.C. Fariña Sabaris^a, M. A. Pastor Nieto^a y F. Heras Mendaza^a

Dermatología. ^aFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bHospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Antecedentes. El aceite de ricino o castor oil (INCI: aceite de semilla de *Ricinus communis*; n.º CAS 8001-79-4) es un aceite vegetal

compuesto en un 90% por ácido ricinoleico, considerado el principal alérgeno. Se han publicado casos de dermatitis alérgica de contacto en la mayoría de las ocasiones causada por aceite de ricino en cosméticos labiales con clínica de queilitis tanto en adultos como en niños. Además, se han publicado una diversidad de fuentes de exposición a aceite de ricino o compuestos derivados como causa de dermatitis de contacto incluidos desmaquillantes, antiverrugas tópicos, cerumenolíticos, maquillaje para camuflaje militar, gasa vaselinada (Linitul), desodorantes, etc. También se han comunicado casos con clínica de dermatitis de contacto semejante a angioedema o tipo pustulosis exantemática aguda generalizada.

Objetivo. Describir una serie de casos de DAC por castor oil diagnosticados en tres Servicios de Dermatología de España.

Métodos. Se analizaron las historias clínicas para determinar los datos epidemiológicos de los pacientes; la distribución anatómica de las lesiones; los productos implicados; los resultados de las pruebas de parche; el tiempo de evolución; y los alérgenos positivos adicionales.

Resultados. Cuatro pacientes (tres mujeres y un hombre) desarrollaron reacciones positivas a aceite de ricino (castor oil) en las pruebas de parche. Dos casos con clínica de queilitis presentaron reacciones con barras labiales que lo contenían, incluido un bálsamo de origen natural. Otro caso afectaba a una paciente que lo aplicaba puro como hidratante del cabello. Por último, se describe un caso de dermatitis de contacto de origen profesional a aceite de ricino en Linitul entre otros alérgenos en un paciente con úlceras en una pierna intervenida en numerosas ocasiones tras accidente en tránsito.

Conclusiones. Es fundamental llevar a cabo pruebas de parche con los productos personales de los pacientes y sus ingredientes individuales para diagnosticar alérgenos no comercializados. Posiblemente, la sensibilización a este compuesto esté infradiagnosticada si bien se precisan estudios que valoren la rentabilidad diagnóstica de su incorporación a una serie de cosméticos, queilitis o úlceras de piernas.

12. DERMATITIS DE CONTACTO AEROTRANSPORTADA POR (MET)ACRILATOS

M.E. Gatica-Ortega^a, M.V. Signes-Costa Smith^a, M. Cotarelo Hernández^a, N. Aranda Sánchez^a, C. Pérez Hortet^a, L. Borrego Hernando^b y M.A. Pastor Nieto^c

Dermatología. ^aHospital Universitario de Toledo. Toledo. ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ^cFundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto por (met)acrilatos en esteticistas y usuarias de manicura es un problema creciente. El cuadro clínico suele ser muy característico sin plantear dificultades a la hora del diagnóstico, sin embargo cuando las lesiones clásicas en las manos no están presentes, la dificultad diagnóstica es mayor. Los (met)acrilatos son sustancias muy volátiles y por lo tanto es factible que ocasionen dermatitis de contacto aerotransportada. Se presentan dos casos clínicos de dermatitis de contacto aerotransportada por (met)acrilatos.

Casos clínicos. Caso 1. Mujer de 48 años, dependienta que consulta en urgencias por lesiones eczematosas en cara con compromiso principalmente de párpados y labios acompañados de importante edema de un mes y medio de evolución. La paciente se aplicaba esmaltes permanentes de uñas con un kit de uso casero. A pesar de cesar el uso de dichos esmaltes, el cuadro continuó dado que su hija continuaba utilizando el kit en su casa. Caso 2. Mujer de 33 años, auxiliar de odontología y usuaria de manicura acrílica, que acude a la consulta por presentar brotes de lesiones eczematosas en cara de 10 meses de evolución. Las mañanas que trabajaba dentro del gabinete con el odontólogo notaba prurito en labios, malestar y por la tarde comenzaba con eczema en cara. En ocasiones no podía continuar trabajando y debía ir a urgencias. Presentaba lesiones más leves en otras localizaciones y en el dorso de las manos muy esporádicamente. A pesar de haber realizado las medidas de evitación tras las pruebas

de parche la paciente tuvo que cambiar de trabajo por no poder estar dentro del gabinete sin presentar lesiones.

Resultados. Se realizaron pruebas de parche siendo positivos exclusivamente 7 (met)acrilatos en el caso N1 y 8 (met)acrilatos y otros alérgenos en el caso 2.

Discusión. Presentamos dos casos de dermatitis de contacto aerotransportada de difícil diagnóstico por no presentar el cuadro clínico al que estamos habituados en estos pacientes con afectación de manos. Se destaca la importancia de estar alerta ante un cuadro aerotransportado e interrogar en relación al uso de manicura con acrilatos, aunque la paciente no presente las lesiones clásicas en manos. Destacamos que el segundo caso era profesional y no pudo continuar con su trabajo debido a la alergia a (met)acrilatos.

13. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO OCUPACIONAL POR INSTRUMENTOS MUSICALES

J.P. Russo^a, C. Abril Pérez^b, D. Martín Torregrosa^b, M. Pozuelo Ruiz^b, M. Rodríguez Serna^b y R. Botella Estrada^b

Dermatología. ^aHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia ^bHospital Universitario La Fe. Valencia. España.

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) por instrumentos musicales es una patología poco frecuente pero de extremada relevancia para los pacientes, puesto que puede afectar el desarrollo de la vida profesional de los mismos, o como mínimo, imposibilitar el desarrollo de una afición de elevado valor debido al esfuerzo, tiempo y pasión que requiere. Presentamos tres casos de DAC asociada a tres instrumentos: guitarra eléctrica, violín y didyridú. Los tres casos fueron enfermedades profesionales, cada uno con sus peculiaridades en cuanto a localización de la dermatitis y el alérgeno responsable de la misma. Es importante conocer la posición y manera en la que se toca cada instrumento y la composición de sus partes para tener una sospecha diagnóstica. La exposición continua a los mismos y las pocas alternativas de materiales disponibles hacen de esta patología un reto diagnóstico y terapéutico.

14. ANTIOXIDANT ACTIVITY AND SKIN SENSITIZATION OF EUGENOL AND ISOEUGENOL: TWO SIDES OF THE SAME COIN?

Y. Port-Lougarre, B. Vilen y E. Giménez-Arnau

Chemistry Institute CNRS-UMR 7177. University of Strasbourg. Francia.

Introduction. Eugenol and isoeugenol are well acknowledged to possess antioxidant and cytoprotective activities. Yet they are also important skin sensitizers, compelling the cosmetics and fragrance industries to notify their presence in consumer products. Both have been the subject of many mechanistic studies where the final electrophilic quinone oxidation forms are blamed as the reactive species inducing skin sensitization. However, radical mechanisms could compete with such pathway.

Objectives. The antioxidant activity results from neutralizing reactive oxygen radicals by the release of the phenolic hydrogen atom. The so-formed phenoxyl radicals can then fully delocalize upon the structure, becoming potentially reactive toward skin proteins at several positions. Our objective was to obtain in-depth insights into such reactivity by investigating in situ the formation of radicals from eugenol and isoeugenol in the skin.

Methods. Electronic paramagnetic resonance and spin trapping were used in a model of reconstructed human epidermis mimicking human skin and thus closer to what may happen in vivo. Two modes of radical initiation were used exposing the epidermis to (i) horseradish peroxidase, complementing metabolic capacities and mimicking peroxidases present in vivo or (ii) solar light, using an AM 1.5 solar simulator.

Results. In both experimental approaches, where the antioxidant character of eugenol and isoeugenol is revealed, oxygen- (oxidative stress) and carbon-centred radicals were formed in the skin.

Conclusion. Our hypothesis is that such carbon radicals are relevant candidates to form antigenic entities prior to conversion into electrophilic quinones. These studies also suggest that pro- or pre-hapten fingerprints could be advanced depending on the radical initiation method. The introduction of horseradish peroxidase suggested that eugenol and isoeugenol behave as prohaptens, while when exposed to light, a prehapten nature could be highlighted

Dermatitis atópica I

15. HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN EN EL MANEJO DEL PRURITO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN ESPAÑA

N. Mohino-Farré^a, L. Pastor Jané^a, C. Martín Callizo^a, J.A. Pujol Montcusí^a, M. Just Sarobé^a y J.F. Silvestre Salvador^b

Dermatología. ^aHospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

^bHospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

Introducción. El prurito en una sensación desagradable e incómoda que provoca una conducta de rascado con un importante impacto negativo en la calidad de vida. Entre el 87-100% de los pacientes con dermatitis atópica sufren prurito. En la práctica clínica, las escalas más utilizadas para la valoración del prurito y su impacto en la calidad de vida son la Escala de Valoración Numérica (NRS) y la Escala Visual Analógica (EVA). El manejo del prurito requiere un abordaje multifacético que aborde los múltiples factores involucrados en su patogénesis: disfunción barrera cutánea, respuesta Th2 aberrante, aumento producción de IgE, eosinofilia, activación de mastocitos, liberación de mediadores del prurito, hiperinervación cutánea y sensibilización central del prurito. Se dispone de múltiples estrategias no farmacológicas, farmacológicas tópicas y sistémicas para el manejo del prurito de la dermatitis atópica.

Objetivos. Conocer los hábitos de prescripción, uso de escalas de valoración del prurito y objetivos terapéuticos en el manejo del prurito de la DA por parte de los dermatólogos que ejercen en España.

Material y métodos. Se realizará un estudio observacional de tipo descriptivo transversal a través de una encuesta online que se facilitará a través de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Se incluirán Médicos Internos Residentes (MIR) de dermatología entre el 1er y 4º año de residencia, Dermatólogos Generales, Dermatólogos Pediátricos y Dermatólogos especializados en dermatitis atópica - prurito (o que dispongan de consulta monográfica).

Resultados. Serán presentados en la Reunión GEIDAC.

Discusión. Serán presentadas en la Reunión GEIDAC.

Conclusiones. Serán presentadas en la Reunión GEIDAC.

16. EFICACIA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS CON DUPILUMAB EN ESPAÑA: DATOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL 1 AÑO DESPUÉS DEL INICIO DE GLOBOSTAD

G. Roustan^a, C. Galache^b, I. Figueras^c, J. Wu^d, M. Ardeleanu^e y K. Bosman^f

^aHospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

^bHospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

^cInstituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL).

Barcelona. España. ^dSanofi. Bridgewater (New Jersey). Estados Unidos. ^eRegeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown. New York.

Estados Unidos. ^fSanofi. Amsterdam. Noord-Holland. Holanda.

Introducción. GLOBOSTAD (NCT03992417) pretende evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de dupilumab (DUP) en pacientes con dermatitis atópica (DA) en la práctica clínica real.

Objetivos. Informar sobre la eficacia basada en medidas clínicas de DA notificadas por los pacientes y el cambio en la utilización de recursos sanitarios (URS) 1 año después del inicio del tratamiento con DUP. Los datos basales y las medidas de DA evaluadas por los médicos ya se han notificado anteriormente (1,2).

Métodos. En este estudio observacional, prospectivo, multinacional de 5 años de duración se incluyeron pacientes de ≥ 12 años con DA de moderada a grave, los cuales recibieron DUP según los criterios de prescripción específicos del país. Se realizaron evaluaciones en la situación basal (SB) y a los 3 meses(M)/6M/12M. Se presentan los datos observados de inclusión/seguridad (N = 108; corte de datos: marzo de 2023) y seguimiento (visita de cribado y al menos una visita de seguimiento, N = 101) en España.

Resultados. 82/98/77 pacientes completaron ≥ 1 evaluación de seguimiento a los 3M/6M/12M, respectivamente. La duración media (desviación estándar, DE) del tratamiento con DUP fue de 11,7M (1,1). Con el inicio del tratamiento con DUP, la puntuación media (DE) de la medición del eccema orientada al paciente (POEM); ≥ 17 = grave/muy grave; ≤ 7 = leve/inexistente) mejoró de 20,3 (6,3) en la SB a 8,5 (6,1) a los 3M y a 7,2 (6,1) a los 12M. Asimismo, las puntuaciones del índice SCORAD de la DA (> 50 = grave; ≤ 25 = leve/inexistente) mejoraron de 61,0 (14,0) en la SB a 27,0 (15,4) a los 3M y a 15,9 (13,5) a los 12M. La proporción de pacientes que acudieron a los servicios de urgencias/emergencias debido a la DA disminuyó del 26,7% (16/60) en la SB al 7,9% (5/63) a los 3M, y después a 0 (0/44) a los 12M. Se notificaron acontecimientos adversos que provocaron la interrupción permanente del tratamiento con DUP en 3 (2,8%) pacientes.

Conclusiones. Se observaron mejoras rápidas y continuadas de los signos y síntomas de la DA en los pacientes en España y un descenso de la URS desde el inicio del tratamiento con DUP hasta el final del período de observación de 1 año. Los datos de seguridad coincidieron con el perfil de seguridad conocido de DUP.

17. CARACTERIZACIÓN TRANSCRIPTÓMICA DE DUPILUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

E. Serra-Baldrich^a, I. García-Jiménez^b, L. Sans-de San Nicolás^a y L. Santamaría Babi^b

^aDermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^bInmunología Traslacional (PCB/UB). Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

El análisis del transcriptoma de piel lesional en dermatitis atópica (DA) es clave para comprender los mecanismos moleculares por los cuales las terapias mejoran la patología. La transcriptómica se suele aplicar en los ensayos clínicos de fase II y en poblaciones de pacientes muy seleccionados. En este estudio se ha investigado el efecto de dupilumab en pacientes con DA moderada-severa en la práctica clínica diaria. Para ello se obtuvieron biopsias lesionales de 10 pacientes de DA (n = 10) al inicio (T0) y a la semana 16 de tratamiento (T16), y también de piel sana de sujetos control (n = 5) a T0. Se purificó el RNA de las muestras y se realizó un estudio de RNAseq para analizar que genes están diferencialmente expresados entre piel sana y lesional antes del inicio de tratamiento, y cómo dupilumab modula su expresión a T16 de tratamiento. Así mismo, se correlacionó los genes cuya expresión génica modificó dupilumab con la mejora clínica. La comparación entre piel sana y piel lesional en T0 determinó un cambio significativo en la expresión de 5105 genes ($\log_2(\text{FC}) > 0,585$ pval $< 0,05$) siendo las vías relevantes afectadas: señalización IL-4/IL-13, diferenciación Th2, respuesta Th17 y Th1. A T16 de tratamiento, dupilumab moduló significativamente la expresión de 144 genes

($\log_2(\text{FC}) > 0,585$ pval, <,0,05) respecto a T0. Entre los genes inhibidos, se incluyen los implicados con la señalización IL-4/IL-13 y la migración de linfocitos T CLA+ de memoria como CCR4 y CCL17, biomarcador de severidad en DA. Cuando se correlacionó la expresión de dichos genes con el cambio en SCORAD y NRS entre T0 y T16 se identificaron 3 genes que no se han asociado previamente a la eficacia clínica de dupilumab en DA. Las expresiones de JMJD7-PLA2G4B y FZD10 correlacionaron positivamente con la mejora del SCORAD. JMJD7-PLA2G4B está implicado en la señalización de FcεR1, CCR3 en eosinófilos y neuroinflamación, mientras que FZD10 participa en la vía Wnt asociada a la neurogénesis y diferenciación de la raíz del ganglio dorsal. La expresión de MIR9-3HG correlacionó negativamente con SCORAD y se ha asociado a la mejora de la DA en modelos animales. Este estudio aporta nuevos mecanismos moleculares implicados en la mejora de DA por dupilumab.

18. TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN LA DERMATITIS ATÓPICA DEL ADULTO MAYOR: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Albert Cobo^a, J. Carrasco Muñoz^b, A.A. González Ruiz^c y J.F. Silvestre Salvador^b

Departamento de Dermatología. ^aHospital General Universitario Dr Balmis. ISABIAL. ^bHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL Alicante. ^cHospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

Introducción. El tratamiento de la dermatitis atópica (DA) en pacientes mayores de 65 años presenta desafíos específicos debido a comorbilidades que limitan las opciones terapéuticas y las variaciones en la respuesta al tratamiento.

Objetivo. El objetivo primario fue evaluar la eficacia y seguridad de dupilumab en el tratamiento de la DA del adulto mayor. El objetivo secundario fue describir sus características clínicas y las pruebas complementarias realizadas para llegar al diagnóstico.

Material y métodos. Diseñamos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico en pacientes mayores de 65 años diagnosticados de DA en los últimos 3 años. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, antecedentes de atopía, tratamientos previos y pruebas complementarias. Los valores de EASI y NRS prurito se realizaron en la visita basal y en semanas 4, 8, 16, 32, 52 y 104 de tratamiento con dupilumab.

Resultados. Se reclutaron 17 pacientes (10 hombres y 7 mujeres) con edades entre 65 y 92 años (media de 77,2 años). La edad media de inicio de DA fue 72,1 años, y la media desde el diagnóstico hasta el inicio de dupilumab fue de 18,7 meses. El 82,35% no presentó comorbilidades atópicas. El fenotipo de DA más frecuente fue el patrón generalizado inflamatorio (47%). La localización predominante fue el tronco (43,3%) y miembros superiores (40%). Se realizaron pruebas epicutáneas a 14 pacientes, encontrado positividad en solo 5 pacientes. Se precisó la realización de biopsia cutánea en 14 pacientes (78,6% espongiótico, 21,4% dermatitis de interfase), con presencia de eosinófilos en 9 pacientes. La media de IgE basal fue 1093,8 UI/ml. Previo dupilumab, el 94,12% había usado corticoides tópicos y sistémicos, 52,94% metotrexato, 11,76% ciclosporina y 11,76% fototerapia. La media inicial de EASI fue de 14,19, reduciéndose a 1,35 en la semana 52. El NRS de prurito inicial fue 6,88, reduciéndose a 0,67 en la semana 32. La posología fue optimizada en 4 pacientes e intensificada en 1 caso. No se identificaron efectos adversos significativos que requirieran la suspensión del tratamiento.

Conclusiones. La aproximación diagnóstica a la DA del adulto mayor es compleja y precisa de mayor número de pruebas complementarias para su confirmación. Su manejo debe realizarse con fármacos con un perfil de seguridad alto. Dupilumab es un tratamiento eficaz y seguro para la DA del anciano.

19. REACCIONES DE “CARA ROJA” EN EL TRATAMIENTO AVANZADO DE LA DERMATITIS ATÓPICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN SU MANEJO

D. Blaya Imberón, E. Pérez Zafrilla, M. Finello, R. Peñuelas Leal, C. Labranderoy Hoyos, A. Grau Echevarría, Á. González García, E. Díez Recio, J. Magdaleno Tapial, A. Esteve Martínez y V. Zaragoza Ninet

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

En los últimos años se han descrito numerosos casos de “cara roja” en pacientes tratados con dupilumab, un cuadro clínico con diferentes subtipos etiológicos entre los que debemos incluir en consideración entidades tales como dermatitis alérgica de contacto, dermatitis periorificial, rosácea o rosácea inducida por esteroides, sobreproliferación de Demodex, síndrome de discontinuación por corticosteroides tópicos y dermatitis por Malassezia. Se cree que el bloqueo del receptor de IL-4 e IL-13 produce un desbalance hacia las vías Th1 y Th17 que podrían ser la causa de las reacciones rosaceiformes así como una mayor colonización por Demodex en la región facial, que también se produce como consecuencia de la alteración de la vía Th2. Las posibles opciones de tratamiento incluyen corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina tópicos e hidratación cutánea. Se puede considerar la interrupción del tratamiento con dupilumab en casos de dermatitis de cabeza y cuello grave y refractaria al tratamiento, y en algunos casos se ha propuesto realizar switch a otras terapias avanzadas para dermatitis atópica tales como tralokinumab o inhibidores JAK (iJAK). Baricitinib, upadacitinib y abrocitinib son los iJAKs con indicación para dermatitis atópica y aunque tanto en ficha técnica como en práctica clínica no es infrecuente el desarrollo de acné, hasta la fecha no se ha comunicado el desarrollo de “cara roja”. Sin embargo, debido a su mecanismo de acción, especialmente a nivel de la IL-4, puede producirse un desequilibrio hacia Th1 y Th17 que favorezca el desarrollo de rosácea. Teniendo en cuenta que el uso de iJAKs en Dermatología ha sido posterior a la experiencia con dupilumab y sus mecanismos etiopatogénicos comunes, es posible que en un corto plazo de tiempo asistamos a una proliferación de casos de esta nueva entidad. Este hecho, además, va a añadir complejidad al manejo de estos pacientes, que muchas veces suponen un reto terapéutico. Presentamos una serie de casos de pacientes en tratamiento con dupilumab e iJAKs para dermatitis atópica que desarrollan reacciones rosaceiformes de “cara roja” para ilustrar nuestra experiencia en el complicado manejo de estos pacientes.

20. TRATAMIENTO CON TRALOKUNIMAB EN PACIENTE ONCOLÓGICA

S. Córdoba Guijarro, A. Martínez-Lauwers Dolz, C. Carrión García, C. Sobrino García-Yanes, A. A. Garrido Ríos y J. Borbujo Martínez

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

Caso clínico. Mujer de 36 años, con antecedentes personales de asma y dermatitis atópica desde la infancia. Por este motivo, había recibido tratamiento previo con ciclos de corticoides orales, fototerapia, azatioprina y ciclosporina A, sin buena respuesta terapéutica. En febrero 2023, comenzó tratamiento con metotrexato 15 mg semanal, con mejoría inicial, pero empeoramiento posterior. En junio de 2023, ante la intensidad de las lesiones (EASI 21, SCORAD 59,47, BSA 22,4%, IGA 3, NRS de prurito 10, NRS de sueño 10, ADCT 24, POEM 28, DLQI 27), se decide añadir tralokinumab, y mantener el tratamiento con metotrexato durante 8-12 semanas, hasta mejoría clínica. Después de 4 semanas de tratamiento combinado con tralokinumab-metotrexato, con mejoría de la clínica cutánea (EASI 6,8, SCORAD 22,46, BSA 12%, IGA 2, NRS de prurito 4, NRS de sueño 2, ADCT 5, POEM 13, DLQI 4), la paciente es diagnosticada de un

carcinoma epidermoide de cérvix, VPH16+, de 6 cm, con infiltración miometral y vaginal, y afectación ganglionar pélvica bilateral (cT2bN1M0). Al conocer el diagnóstico, se decide la interrupción inmediata de metotrexato, manteniendo el tratamiento con tralokinumab. A las 8 semanas de tratamiento, fue sometida a quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, con buena respuesta y remisión tumoral. Paralelamente, la clínica cutánea continuó mejorando (semana 16: EASI 0.4, SCORAD 3.1, BSA0.5%, IGA 1, NRS de prurito 0, NRS de sueño 0, ADCT 1, POEM 2, DLQI 0). Tras 1 año de seguimiento, la paciente se encuentra aceptablemente controlada de la clínica cutánea y en remisión oncológica completa.

Discusión. La evidencia sobre la seguridad de los tratamientos biológicos en pacientes atópicos con antecedentes o procesos oncológicos es escasa. No obstante, se admite que, al no producir inmunosupresión, estos tratamientos conllevan menor riesgo de aparición de neoplasias que los inmunosupresores clásicos. Son escasas las publicaciones de uso en vida real de dupilumab, en pacientes atópicos con antecedentes de cáncer o enfermedad activa, con mejoría y sin empeoramiento en la evolución de la neoplasia. No existe experiencia de tratamiento con tralokinumab en estos pacientes, probablemente por su menor tiempo de uso.

21. EMPEORAMIENTO CUTÁNEO TRAS USO DE TRALOKINUMAB: ¿LINFOMA CUTÁNEO O REACCIÓN LINFOMATOSA?

A. Wang, J. Montero Menárguez, L. Calderón Lozano, B. González Rodríguez, F. J. Ortiz de Frutos y F. Tous Romero

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

Introducción. En los últimos años se han desarrollado numerosos tratamientos biológicos para la dermatitis atópica (DA). Uno de ellos es el Tralokinumab, un anticuerpo monoclonal humano que inhibe de manera específica a IL-13.

Caso clínico. Presentamos 2 casos de pacientes con dermatitis atópica que han tenido un empeoramiento cutáneo tras inicio de Tralokinumab 300 mg cada 2 semanas, las características detalladas se exponen en la tabla I.

Caso 1: varón de 57 años que desarrolla eritrodermia. En la biopsia se identificó un infiltrado linfocitario con epidermotropismo. En la citometría de flujo (CMF) se identificó 2118 células de Sézary por lo que se diagnosticó de síndrome de Sézary se inició tratamiento con fotoféresis y fototerapia UVB con respuesta parcial.

Caso 2: mujer de 69 años que presenta nuevas lesiones psoriasiformes en brazos, tronco y glúteos, acompañada de una alopecia parcheada fronto parietal. Se realizó biopsia observando infiltrado linfocitario con epidermotropismo parcial. Su CMF es normal, por lo que se diagnosticó de reacción linfocítica a Tralokinumab y se inició tratamiento con fototerapia UVB con respuesta completa.

Discusión. Tanto la DA como el linfoma cutáneo primario (LCP) son comorbilidades TH2. Los hallazgos clínico-patológicos son a menudo similares, especialmente en estadios iniciales del LCP; siendo necesario realizar CMF y reordenamiento para su diagnóstico diferencial. Desde 2020 han aparecido publicaciones sobre desarrollo de LCP en pacientes tratados con Dupilumab pero no con Tralokinumab. Además de LCP, se ha publicado un trabajo de 11 pacientes con reacciones linfocíticas tras tratamiento con Dupilumab. Estas se caracterizan por un infiltrado linfocitario benigno y la resolución tras la suspensión del fármaco. La posibilidad de progresión a un verdadero linfoma es desconocida.

Conclusión. En conclusión, ante cualquier paciente con sospecha de dermatitis atópica de debut en el adulto, con lesiones atípicas o ausencia de respuesta a tratamiento; es necesario realizar biopsia, citometría de flujo y reordenamiento en sangre periférica y en la biopsia para descartar un LCP. En caso de que se trate de un infiltrado linfocitario benigno, es recomendable

suspender el tratamiento y seguimiento estrecho por el posible riesgo de malignización.

22. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE EN CASTILLA-LA MANCHA. SERIE DE 46 PACIENTES A 52 SEMANAS DE SEGUIMIENTO

S. Alique García^a, B. Díaz Martínez^a, A.I. Sánchez Moya^b, L. Vergara de la Campa^b, I. Zapata Martínez^c, J. Martínez Mariscal^c, L. Martínez Montalvo^d, A. García Vázquez^e, J.M. Azaña Defez^e, J.J. Espinosa Ruiz^f y M.J. Izquierdo Estirado^a

Dermatología. ^aHospital Virgen de La Luz, Cuenca. ^b Hospital Universitario de Toledo. Toledo. ^cHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^dHospital General Universitario. Ciudad Real. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ^fHospital de Tomelloso. Tomelloso. Ciudad Real. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria cutánea caracterizada por la presencia de eccemas, xerosis y prurito intenso, y en ocasiones acompañado de dolor. Cursa con brotes de duración e intensidad variable y periodos de remisión, aunque en algunos casos, los síntomas pueden llegar a ser continuos. Entre las opciones de tratamiento sistémico contamos con los inhibidores de la JAK-quinasa, dentro de los cuales se encuentra upadacitinib.

Objetivo. Conocer el grado de eficacia y seguridad que tiene upadacitinib a las dosis aprobadas en ficha técnica para el tratamiento de la DA de moderada a grave en pacientes mayores de 12 años, durante un periodo de seguimiento de 1 año.

Diseño del estudio. Se propone una recogida de datos en vida real, multicéntrica y de carácter ambispectivo en diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Los sujetos del estudio provendrán de los hospitales que otorguen su consentimiento para formar parte de este estudio y que cumplan con los criterios de selección. Para realizar las mediciones se emplearán diferentes variables validadas de eficacia y tolerabilidad.

Resultados. Se incluyen 46 pacientes en el análisis. Todos ellos han sido tratados con fármacos sistémicos clásicos; siendo 25 pacientes (54%) naive a otras terapias avanzadas y los 21 restantes fallo a biológico u otro inhibidor de la JAK-quinasa. Se prescribe inicialmente upadacitinib a dosis de 30 mg en 33 pacientes (72%). Posteriormente se reduce la dosis a 15 mg en 25 de ellos, aunque en algunos pacientes se vuelve a la dosis de 30 mg por pérdida de eficacia. A la semana 16 se consigue un EASI 90 en 34 pacientes (74%), mientras que en semana 52 la tasa de EASI 90 es del 77%. Con respecto a la seguridad del tratamiento 14 pacientes (30%) presentaron al menos 1 efecto adverso, la mayoría de carácter leve (siendo los más frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior, reactivación de herpes simple y erupción acneiforme). Hubo que suspender el fármaco en 2 pacientes por efectos adversos.

Conclusiones. En nuestra serie upadacitinib demuestra una alta tasa de efectividad a largo plazo, tanto en pacientes naive como no naive a terapias avanzadas, con efectos adversos manejables, en el tratamiento de la DA moderada-grave.

23. IMPACTO DE LOS INHIBIDORES DE JANUS QUINASAS EN LA GRAVEDAD, CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA: COHORTE DE 76 PACIENTES

C. Miranda Valverde, G.G. Garriga Martina, S. Merino Molina, P. Navarro Guillamón, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

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

Objetivos. El objetivo primario de este estudio ha sido analizar la efectividad a corto y medio plazo de los inhibidores de Janus quinasas (iJAK) en práctica clínica real. Como objetivo secundario se ha valorado el cambio en la afectación de la calidad de vida, ansiedad y depresión.

Materiales y métodos. Se incluyeron todos aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con un iJAK en el servicio de dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y que tuvieran al menos un periodo de seguimiento de 52 semanas. En 39 pacientes se empleó Upadacitinib (inhibidor selectivo y reversible de JAK 1), en 26 Baricitinib (inhibidor selectivo de JAK 1 y JAK 2) y en 11 Abrocitinib (inhibidor selectivo de JAK 1). Se midieron las variables Eczema Area and Severity Index (EASI), Body Surface Area (BSA), Physician Global Assessment (PGA), Numeric Rating Score para picor (NRS-Itch), NRS para alteración del sueño (NRS-sleep), en la visita basal, a las 12-16 semanas y a las 48-52 semanas de seguimiento. Respecto a las escalas relacionadas con calidad de vida, se emplearon Patient Oriented Eczema Measure (POEM), Dermatology Quality of Life Index (DLQI) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), tanto en la visita basal, como a las 48-52 semanas de tratamiento.

Resultados. Seguimos a 76 pacientes (41 hombres, 36 mujeres), con una media de edad de $34 \pm 14,15$ años al inicio del tratamiento. La mayoría presentaban el fenotipo clásico de DA del adulto ($n = 66$). Otras manifestaciones atópicas fueron asma ($n = 28$), rinitis ($n = 28$), alergia alimentaria ($n = 20$), y alergia estacional ($n = 22$). Sus puntuaciones en las escalas de gravedad en la visita inicial se muestran en la tabla 1. Hubo una mejoría estadísticamente significativa desde semana 12-16 en todas estas, así como en las escalas de calidad de vida medidas en semana 48-52 (DLQI, POEM, HADS). Cincuenta pacientes alcanzaron el corte de 52 semanas, 20 pacientes precisaron cambio de tratamiento, ya fuera a otro iJAK ($n = 15$) a un fármaco biológico ($n = 5$), 3 pacientes continúan con el mismo iJAK sin haber alcanzado 52 semanas, 2 pacientes suspendieron por desarrollo de linfoma de Hodgkin y 1 paciente ha perdido seguimiento.

Conclusiones. En nuestra experiencia en práctica clínica real los iJAK han demostrado una mejoría significativa de la gravedad y calidad de vida en pacientes afectados por DA moderada-severa.

24. EFICACIA DE LEBRIKIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CORTICOSTEROIDES TÓPICOS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE Y RESPUESTA INADECUADA O NO TRIBUTARIOS A RECIBIR CICLOSPORINA (ESTUDIO ADVANTAGE)

J.M. Carrascosa^a, R.B. Warren^b, J. F. Silvestre^c y L. Bardolet^d

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.

^bDermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust. Manchester NIHR Biomedical Research Centre. The University of Manchester. Manchester. Reino Unido. ^cDepartamento de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. ^dAlmirall S.A., Barcelona. España.

Introducción. Lebrikizumab (LEB) ha demostrado eficacia clínica en adultos/adolescentes con dermatitis atópica (DA) de moderada a grave en 3 ensayos de fase 3 aleatorizados, controlados con placebo (PBO). La ciclosporina A (CsA) está aprobada para la DA grave, pero su eficacia/seguridad pueden no ser óptimas. Se presentan los resultados de eficacia a 16 semanas(S) de LEB en combinación con corticosteroides tópicos (CT) en pacientes con DA de moderada a grave y respuesta inadecuada o no tributarios a recibir CsA (estudio Advantage fase 3, NCT05149313).

Métodos: Estudio a 52S (16S: aleatorizado, doble-ciego, controlado con PBO, de grupos paralelos más 36S de período abierto de man-

tenimiento). Los pacientes elegibles fueron adultos/adolescentes (≥ 12 -< 18 años), con Eczema Area and Severity Index (EASI) ≥ 16 , Investigator's Global Assessment (IGA) ≥ 3 , $\geq 10\%$ superficie corporal de afectación de DA y respuesta inadecuada o no tributarios a recibir CsA. Los pacientes fueron aleatorizados 2:1 (LEB 250mg cada 2S [C2S]+CT [dosis de carga de LEB 500mg basal y a S2] o PBO+CT [C2S]). Análisis principal de eficacia: porcentaje de pacientes que alcanzaron EASI75 (S16 vs basal). Análisis secundarios de eficacia: porcentaje de pacientes que alcanzaron IGA 0/1, mejoría ≥ 4 puntos en prurito Numeric Rating Scale (NRS), EASI ≤ 7 y prurito NRS ≤ 4 a S16. Los datos ausentes por uso de medicación de rescate (CT alta potencia/tratamiento sistémico) o discontinuación por falta de eficacia se imputaron como no respondedores. Otros datos ausentes mediante imputación múltiple.

Resultados. Se aleatorizaron 331 pacientes (220 LEB+CT:111 PBO+CT) y 212:100, respectivamente, completaron las 16S. A S16, una proporción significativamente mayor de pacientes LEB+CT vs PBO+CT alcanzaron EASI75 (68,4% vs 40,8%, $p < 0,001$), IGA 0/1 (42,0% vs 24,5%, $p < 0,01$ nominal), una mejoría ≥ 4 puntos en prurito NRS (49,9% vs 29,7%, $p < 0,05$ nominal), EASI ≤ 7 (66,6% vs 48,2%, nominal $p = 0,0040$) y prurito NRS ≤ 4 (65,0% vs 45,5%, nominal $p = 0,0074$).

Discusión. A S16, LEB 250mg+CT C2S mejoró significativamente los signos/síntomas de DA en adultos/adolescentes con DA de moderada a grave y antecedentes de respuesta inadecuada o no tributarios a recibir CsA.

25. EFICACIA DE LEBRIKIZUMAB A LAS 16 SEMANAS INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD: ANÁLISIS DE DATOS AGRUPADOS DE LOS ENSAYOS DE FASE 3 ADVOCATE1 Y ADVOCATE2 EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE

L. Bardolet^a, E. Serra^b, R.B. Warren^c, A. Hebert^d y A. Armstrong^e

^aAlmirall S.A. ^bDepartamento de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. ^cDermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust. Manchester NIHR Biomedical Research Centre. The University of Manchester. Manchester. Reino Unido. ^dUTHealth McGovern Medical School. Houston. Texas. ^eKeck School of Medicine of the USC. Los Angeles. California. Estados Unidos.

Introducción. Lebrikizumab (LEB) es un anticuerpo monoclonal que se une con alta afinidad a la IL-13, la citocina clave implicada en la dermatitis atópica (DA). LEB ha demostrado eficacia y seguridad en pacientes con DA de moderada a grave en 3 ensayos de fase 3 aleatorizados y controlados con placebo (PBO) (1-3). Se muestran los resultados de eficacia de LEB en monoterapia a 16 semanas (S) en pacientes con DA de diferentes rangos de edad de 2 estudios fase 3 de 52S, aleatorizados, doble-ciegos y controlados con PBO (Advocate1 [NCT04146363] y Advocate2 [NCT04178967]) (Adv1&2).

Métodos: Los adultos (≥ 18 años) y adolescentes (12-< 18 años, ≥ 40 kg) elegibles fueron aleatorizados (2:1) a LEB 250 mg cada 2S (C2S) con una dosis de carga de LEB 500 mg basal y a la S2 o PBO C2S. Este es un análisis de eficacia de datos agrupados (Adv1&2, estratificados según: adolescentes [12-17 años], ancianos [≥ 60 años] y población total) que incluyó: proporción de pacientes que alcanzó una puntuación en Investigator Global Assessment (IGA) 0/1 con una mejoría ≥ 2 puntos desde basal, Eczema Area and Severity Index (EASI) 75 y una mejoría del prurito Numeric Rating Scale (NRS) ≥ 4 -puntos desde basal a la S16. Los datos ausentes por uso de medicación de rescate (CT alta potencia/tratamiento sistémico) o discontinuación por falta de eficacia se imputaron como no respondedores. Otros datos ausentes mediante imputación múltiple.

Resultados. A la S16 (LEB vs PBO), en la población de adolescentes el 46,6% vs 14,3% ($p < 0,01$) alcanzaron IGA 0/1, el 62,0% vs 17,3% ($p < 0,001$) EASI75 y el 48,9% vs 13,1% ($p < 0,01$) una mejoría del prurito NRS ≥ 4 -puntos, respectivamente. En la población de edad avanzada, el 34,5% vs 11% ($p = 0,022$) alcanzaron IGA 0/1, el 48,9% vs 16,3% ($p = 0,004$) EASI75 y el 45,5% vs 12,2% ($p = 0,004$) una mejoría del prurito NRS ≥ 4 -puntos, respectivamente. En la población total, el 38,1% vs 11,7% ($p < 0,0001$) alcanzaron IGA 0/1, el 55,4% vs 17,2% ($p < 0,0001$) EASI75 y el 42,9% vs 12,2% ($p < 0,0001$) una mejoría del prurito NRS ≥ 4 -puntos, respectivamente.

Discusión. Estos datos sugieren que LEB 250 mg C2S durante 16S es una opción de tratamiento eficaz para pacientes con DA de moderada a grave, independientemente de la edad.

26. IMPACTO DE AMLITELIMAB EN EFICACIA, SEGURIDAD Y PARÁMETROS CLÍNICOS: RESULTADOS DEL ENSAYO FASE 2B (STREAM-AD) A SEMANA 52

J.L. Moreno Amador^a, S. Weidinger^b, A. Blauvelt^c, K. Igawa^d, C. Gray^e y C. Weber^f

^aDepartamento de Inmunología. Sanofi. Barcelona. España.

^bCenter for Inflammatory Skin Diseases. Department of Dermatology, Venereology and Allergy. University Medical Center Schleswig-Holstein. Campus Kiel. Kiel. Schleswig-Holstein. Alemania. ^cBlauvelt Consulting. LLC Lake Oswego. Oregon. Estados Unidos. ^dDokkyo Medical University. Tochigi. Japón.

^eImmunology. Sanofi. Boston. Massachusetts. Estados Unidos. ^fImmunology. Sanofi. Paris. Ile-de-France. Francia.

Introducción. Amlitelimab (SAR445229; KY1005) es un anticuerpo monoclonal anti-OX40L totalmente humano, no depletor. Presentamos los datos del período de mantenimiento/retirada de 28 semanas (Parte 2) del ensayo de rango de dosis fase 2b (STREAM-AD, NCT05131477) en adultos con DA moderada-grave, junto con las evaluaciones de parámetros clínicos (COAs) de las Partes 1 y 2.

Métodos. La Parte 2 incluyó a los pacientes respondedores, definidos como pacientes que alcanzaron EASI-75 y/o IGA 0/1 a semana 24. De los 390 pacientes analizados en la Parte 1, 190 pasaron a la Parte 2. Los pacientes fueron reasignados al azar 3:1 para retirar el tratamiento (reemplazado por placebo) o continuar con la dosis subcutánea cada 4 semanas antes de la semana 24 (250 mg con dosis de carga (LD) de 500 mg, 250 mg, 125 mg, 62,5 mg o los que respondieron al placebo continuaron con el placebo) y fueron seguidos hasta la semana 52 para análisis de eficacia. Los COA analizados fueron SCORAD, POEM, DLQI y ADCT, y se registraron en varios momentos durante el estudio. Los datos recogidos después de la interrupción temprana del tratamiento, no debidos a falta de eficacia, se incluyeron en el análisis.

Resultados. El mantenimiento de la respuesta EASI-75 y/o IGA 0/1 a semana 52 se observó en el 59 %, 63 %, 55 % y 66 % de los pacientes a los que se les retiró la dosis cada cuatro semanas de amlitelimab 250 mg con LD, 250 mg, 125 mg y 62,5 mg, respectivamente (NRI). Aquellos que continuaron el tratamiento tuvieron tasas de respuesta de mantenimiento numéricamente más altas. Sobre el análisis post hoc de COAs de los pacientes que alcanzaron EASI-75 y/o IGA 0/1 a semana 24 (respondedores), aquellos que continuaron Amlitelimab alcanzaron tasas de respuesta en SCORAD, POEM, DLQI y ADCT del 93,2 %, 81,8 %, 86,4 % y 70,5 % a semana 24, respectivamente. Esas tasas se mantuvieron a semana 52 (82,9%, 83,3%, 86,8% y 77,4%). Para aquellos a los que se les retiró amlitelimab, las tasas de respuesta fueron del 84,6 %, 73,8 %, 71,5 % y 53,8 % a S24, y del 79,1 %, 71,9 %, 68,8 % y 72,9 % a semana 52.

Discusión. Se demostró el mantenimiento de las respuestas clínicas durante 28 semanas (Parte 2) en la mayoría de los pacientes, tanto con amlitelimab como sin él. Las respuestas de COA fueron logradas por la mayoría de los participantes respondedores a semana 24.

27. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INTERCAMBIABILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA LA DERMATITIS ATÓPICA. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

G. Selda Enríquez^a, A. Llull Ramos^b, J.F. Silvestre Salvador^c, L. Martínez Rozas^d, J.C. Hernández Rodríguez^e, E. Berná-Rico^a, Á. Prados Carmona^f, C. Riquelme Mc Loughlin^g, Í. Lladó Fernández^h, M.A. Lasheras Pérezⁱ, K. Díez Madueño^j, A. Sánchez Giló^k, F. Tous Romero^l, N. Mohino Farré^m, M. Fernández Parradoⁿ, N. Manzanares Oliver^o, C. Pacho Guerra^a, B. Pérez García^a, M. Bentolín Colilla^o, J.A. Pujol Montcusí^m, P. de la Cueva Doba^o, M. Rodríguez Serna^l, P. Chicharro^h, F.J. Navarro Triviño^f, J.J. Pereyra Rodríguez^e, M. Andreu Barasoain^d, M.R. Perelló-Alzamora^b, J. Ortiz-de Frutos^l y E. Gómez de La Fuente^o

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

Illes Balears. ^cHospital General Universitario de Dr. Balmis. Alicante. ^dHospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

^eHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^fHospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^gHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^hHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁱHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^jHospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^kHospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^lHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^mHospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁿHospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^oHospital del Mar. Barcelona. España.

^pHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^qHospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^rHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^sHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^tHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^uHospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^vHospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^wHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^xHospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^yHospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^zHospital del Mar. Barcelona. España.

^{aa}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{ab}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ac}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{ad}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ae}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{af}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ag}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{ah}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ai}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{aj}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{ak}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{al}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{am}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{an}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{ao}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ap}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{aq}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ar}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{as}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{at}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{au}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{av}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{aw}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{ax}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ay}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{az}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ba}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{bb}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{bc}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{bd}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{be}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{bf}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{bg}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{bh}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{bi}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{bj}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{bk}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{bl}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{bm}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{bn}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{bo}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{bp}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{bq}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{br}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{bs}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{bt}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{bu}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{bv}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{bw}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{bx}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{by}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{bz}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ca}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cb}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cc}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cd}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{ce}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cf}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cg}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ch}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{ci}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cj}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{ck}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cl}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cm}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cn}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{co}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cp}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cq}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cr}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cs}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{ct}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cu}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cv}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cw}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cx}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cy}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cz}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{ca}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cb}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cc}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cd}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{ce}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cf}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cg}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ch}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ci}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cj}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{ck}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cl}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cm}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cn}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{co}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cp}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cq}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cr}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cs}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ct}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cu}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cv}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cw}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cx}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cy}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cz}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{ca}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cb}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cc}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cd}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ce}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cf}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cg}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{ch}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ci}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cj}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ck}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cl}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cm}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cn}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{co}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cp}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cq}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cr}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cs}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ct}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cu}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cv}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cw}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cx}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cy}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cz}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ca}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cb}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cc}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cd}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ce}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cf}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cg}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{ch}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ci}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cj}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ck}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cl}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cm}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cn}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{co}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cp}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cq}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cr}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cs}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ct}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cu}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cv}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cw}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cx}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cy}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cz}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{ca}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cb}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cc}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cd}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ce}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cf}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cg}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ch}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{ci}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cl}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cm}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cn}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{co}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cp}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cq}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cr}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cs}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ct}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cu}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cv}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cu}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cv}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cw}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cx}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cy}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cz}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ca}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cb}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cc}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cd}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{ce}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{ca}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cb}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cc}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cd}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ce}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cd}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ce}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cf}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cg}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ch}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{ci}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cl}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cm}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cn}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{co}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cp}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cn}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{co}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cp}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cq}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cr}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cs}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{co}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cp}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cq}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cr}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cs}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cr}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cs}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{ct}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cu}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cv}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cw}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cu}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cv}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cw}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cx}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cy}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cx}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cy}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cz}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ca}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cb}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cc}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{ca}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cb}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cc}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cd}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{ce}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cd}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{ce}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cf}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cg}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{ch}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{ci}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cl}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cm}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cn}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{co}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cp}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cn}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{co}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cp}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cq}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cr}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cs}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{co}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cp}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cq}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cr}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cs}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cr}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cs}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{ct}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{cu}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cv}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cw}Hospital del Mar. Barcelona. España.

^{cu}Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^{cv}Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ^{cw}Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^{cx}Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^{cy}Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^{cx}Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. ^{cy}Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^{cz}Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^{ca}Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^{cb}Hospital Universitario de Navarra. Pamplona Navarra. ^{cc}Hospital del Mar. Barcelona. España.

28. INFORME BIOBADATOP

J.M. Carrascosa Carrillo

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. UAB. IGTP. Badalona. España.

Casos clínicos en dermatitis de contacto

29. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR DERIVADOS DE VITAMINA K EN PRODUCTOS COSMÉTICOS

S. San Román Sirvent^a, C. Pesántez Méndez^b, L. Barbero Igualada^c y J.F. Silvestre Salvador^d

^aAlergología. Hospital HCB Benidorm. Benidorm. ^bHospital General Universitario de Castellón. Castellón. ^cHospital General Universitario de Alicante. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Introducción. La vitamina K se encuentra en dos isoformas naturales: vitamina K1 (fitomenadiona) y K2 (menaquinona). La fitomenadiona es la forma liposoluble y más predominante, empleada como tratamiento en la intoxicación por anticoagulantes cumarínicos e hipoprotrombinemia. Además, en productos cosméticos se utiliza su forma oxidada (fitomenadiona epóxide) como despigmentante a nivel del contorno de ojos.

Caso clínico. Mujer de 33 años sin antecedentes personales de atopía, que consultó en Alergología tras presentar brote de lesiones eritematoedematosas a nivel bipalpebral que comenzaron 3 días después de la aplicación de un contorno de ojos, precisando administración de metilprednisolona y dexametasona intramuscular en Urgencias. El episodio remitió de forma espontánea 5 días después de dejar de emplear el contorno de ojos.

Resultados. Se realizó ROAT (repeated open application test) con el contorno de ojos en cara anterior de antebrazo, dos veces al día durante 7 días, con resultado positivo al 9º día. Tras comprobar la presencia de fitomenadiona epóxide entre los ingredientes, se programaron pruebas epicutáneas con batería de cosméticos, el contorno de ojos y fitomenadiona (solución 10 mg/ml), con lecturas negativas a las 48 horas y positivas a las 96 horas para fitomenadiona (++) , contorno de ojos (++) y triethanolamine 2% (con relevancia desconocida). Se incluyeron 15 controles con fitomenadiona con lecturas negativas a las 48 y 96 horas. Dados los resultados y la reactividad cruzada entre fitomenadiona y su forma oxidada (fitomenadiona epóxide), se estableció el diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica (DCA) por sensibilización a vitamina K1 y derivados.

Discusión. Dado el aumento de casos de DCA por fitomenadiona epóxide en productos cosméticos, es importante notificar este tipo de reacciones y en la medida de lo posible, restringir el uso de todos los derivados de la vitamina K dado que tienen capacidad sensibilizante similar, con potencial riesgo de reacciones sistémicas tras su uso parenteral.

30. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR ALCOHOL BENCÍLICO EN PAPEL HIGIÉNICO HÚMEDO

M.I. Andreu Barasoain, A. Méndez Valdés, S. de Benito Mendieta, L. Martínez Rozas, G. Jumilla Martínez y J.L. López Esteban

Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

El alcohol bencílico es un compuesto aromático producido de forma natural por varias plantas, y forma parte del bálsamo de Perú, própolis, jazmín y otros aceites esenciales. De amplio uso como fragancia, conservante, solvente, anestésico y antipruriginoso, se puede encontrar frecuentemente en medicamentos tópicos. A pesar de su amplio uso, la sensibilización al alcohol bencílico es infrecuente, y ha sido reportada en dermatitis de contacto por medicamentos tópicos como corticoides, antifúngicos, antibióticos; así como por antisépticos de clorhexidina; a menudo en pacientes polisensibilizados.

Presentamos el caso de una mujer de 53 años sin antecedentes de atopía que presenta desde hace un año un eccema de manos, de predominio izquierdo (siendo diestra). La paciente es profesora, niega cambio en sus productos de higiene ni hobbies. No realiza tratamiento habitual. Mejora discretamente con corticoides tópicos, con rápida recurrencia al suspender. Las pruebas epicutáneas con batería estándar y cosméticos resultan positivas para Kathon (++) , metilisotiazolinona (++) , butilhidroquinona (++) , y dudosamente positivas para bálsamo de Perú y alcohol bencílico. Se le da información para evitación de dichos alérgenos, volviendo a los 2 meses a revisión refiriendo haberse curado de su eccema y afirmando conocer su causa. El papel higiénico húmedo "Peppa Pig" que llevaba usando años contiene alcohol bencílico, y al dejar de usarlo (lo cogía con la mano izquierda para limpiarse tras hacer deposición, y a veces lo usaba para limpiarse las manos) se resolvió su eccema de manos, así como un prurito anal muy molesto que tenía desde hacía un año y que había atribuido a hemorroides. Dicho papel húmedo no contenía metilisotiazolinona ni ninguno de los otros alérgenos a los que estaba sensibilizada. Las pruebas epicutáneas positivas a alcohol bencílico son raras (0,2%), a menudo son reacciones dudosas o de aspecto irritativo, siendo el 90% de las pruebas positivas débiles. La reproducibilidad de los parches positivos es baja; de forma que se considera un alérgeno problemático. Se sospecha que una proporción considerable de las reacciones positivas son falsos positivos. La dermatitis de contacto alérgica por metilisotiazolinona contenida en toallitas húmedas ha sido muy reportada en la literatura; sin embargo, no hemos encontrado casos por sensibilización a alcohol bencílico.

31. CUANDO LA LIMPIEZA DEJA HUELLA: REPORTE DE UN CASO DE DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA AL ASEPTOPOL 76

C. Ureña Paniego^a, I. Albert Cobo^b, T. López Bernal^c, O. Al-Wattar Ceballos^d y J.F. Silvestre Salvador^e

Dermatología. ^aHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^bHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. ^cHospital Infanta Cristina. Madrid. ^dHospital General Universitario. Ciudad Real. ^eHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Introducción. El Aseptopol 76 (-(3-aminopropil)-N- dodecilpropa-1,3-diamina: 4,16 %) es un producto desinfectante ampliamente utilizado en la limpieza de ollas, sartenes y superficies duras. Es por ello por lo que su uso está muy extendido en cocinas industriales y comerciales. Hasta la fecha, este alérgeno no ha recibido especial atención en el contexto de las dermatitis de contacto alérgicas y ocupacionales.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 36 años con eccemas en antebrazos de meses de evolución. No presentaba otros antecedentes personales de interés y se había realizado pruebas epicutáneas con batería estándar del GEIDAC que habían resultado ser negativas. Trabajaba como empleada en la cocina de un supermercado. Clínicamente, la paciente presentaba una erupción pruriginosa queratosis pilaris like que afectaba a antebrazos, sin lesiones a otros niveles. La paciente refería mejoría

evidente de las lesiones en verano y relacionaba las mismas con el contacto con el producto Aseptopol 76 con el que realizaba la limpieza de superficies y utensilios de cocina una vez finalizada la jornada laboral. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería de cosméticos de Chemotechnique Diagnostics (Vellinge, Suecia) y con Aseptopol diluido al 0,1%; 0,2% y 0,04% en Finn Chambers AQUA (SmartPractique, Phoenix, Arizona). A las 96 horas se observó positividad para Aseptopol al 0,1% y al 0,2%. La paciente refiere resolución completa del cuadro con la evitación de Aseptopol 76.

Conclusiones. El Aseptopol 76 es un producto de limpieza y desinfección ampliamente utilizado en la industria alimentaria. Sin embargo, su uso intensivo en entornos laborales puede llevar a la sensibilización alérgica de sus usuarios. Este caso subraya la importancia del Aseptopol 76 como un alérgeno emergente en entornos laborales específicos.

32. SENSIBILIZACIÓN ACTIVA A HIDROXI-ETIL-METACRILATO (HEMA). DESCRIPCIÓN DE UN CASO

C. Fernández Romero, L. Vila Cobreros, O.G. Pereira-Resquin Galván, A. Llorens López, N. Piquer Prades y F.J. Miquel Miquel

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

Introducción. En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de dermatitis de contacto alérgica provocada por acrilatos. En respuesta, se introdujo el 2-hidroxi-etil metacrilato (HEMA) en la serie estándar de pruebas epicutáneas europea en 2019 y en la española en 2022. La sensibilización activa es una complicación poco frecuente de las pruebas epicutáneas, pero hay que estar alerta especialmente cuando se introducen nuevos alérgenos.

Caso clínico. Mujer de 65 años que presentó varios brotes de eccema palpebral en el último año que se resolvieron con corticoides tópicos. Las pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada del GEIDAC resultaron negativas a los 3 días. Dos semanas después, la paciente mostró positividad a un compuesto que empezó a positivizarse a los 10 días y se intensificó posteriormente, sospechándose que pudiera tratarse de HEMA 2% en vaselina (concentración utilizada en la serie estándar). Se repitió dos meses después el patch test con HEMA 1% en vaselina (concentración en la serie de acrilatos) confirmándose su positividad (++) a los 3 días. La paciente refirió el uso ocasional de uñas de gel en los últimos 2-3 años sin problemas. Nunca había relacionado su eccema palpebral con su uso. Dada la positivización tardía al parche de HEMA al 2% y la positivización temprana meses después al parche al 1% se llegó al diagnóstico de sensibilización activa a HEMA inducida por el parche al 2% en la serie estándar.

Discusión. La importancia del HEMA como alérgeno de contacto ha aumentado, con una prevalencia en Europa de hasta el 3,7%, desplazando a las fuentes clásicas de exposición (productos de odontología, adhesivos y pinturas) por esmaltes de uñas de larga duración. La sensibilización activa es una de las reacciones adversas más significativas de las pruebas epicutáneas, detectada mediante una reacción tardía a la prueba de parche a partir del día 7 (frecuentemente del día 10-14) y confirmada con una positivización entre los días 2 y 4 en un nuevo test. Los reportes de sensibilización activa tras pruebas epicutáneas con HEMA y otros acrilatos son escasos, aunque podemos encontrar casos aislados publicados. Pensamos que es fundamental considerar este riesgo y comunicar todos los casos detectados, en el contexto de la reciente inclusión del HEMA en la serie estándar y al frecuente uso de uñas de gel en la población general.

33. EL HÉROE DE LA DERMATITIS QUE SE VOLVIÓ VILLANO

A. Santa Cruz Martín, T. Sanz Sánchez, A. Sáez Vicente, R. Valverde Garrido, G. Vázquez Contreras, L. Feito Sancho, M. Folcrá González, N. García Muñoz e I. Prats Caelles

Dermatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis flexural es una forma clínica de diferentes enfermedades, entre las que se incluye la dermatitis de contacto sistémica.

Caso clínico. Varón de 57 años, sin alergias a medicamentos conocidas, con antecedentes de psoriasis inversa tratada con tratamientos tópicos. Acude por lesiones de 10 días de evolución que comenzaron en la zona inguinal y se diseminaron. El paciente había tomado 15 días antes amoxicilina-clavulánico por un problema odontológico. Las lesiones se interpretan como toxicodermia y se inicia prednisona oral, con mejoría de las lesiones, pero empeoramiento a la semana, con nuevas lesiones en pliegues. Se decide suspender corticoides tópicos y orales pautados, y se inicia deflazacort oral con desaparición de las lesiones. Se realizan pruebas epicutáneas con batería estándar del GEIDAC y baterías específicas de úlceras, anestésicos, corticoides y propios aportados por el paciente. Destacamos la positividad a múltiples corticoides en las pruebas realizadas. Tras establecer el diagnóstico de dermatitis de contacto sistémica por corticoides, se aconseja evitación de estos, salvo deflazacort oral.

Discusión. La dermatitis sistémica de contacto es una reacción inflamatoria de la piel en individuos previamente sensibilizados a alérgenos específicos, que pueden ser absorbidos por diversas vías, no solo por contacto cutáneo. Los alérgenos más comunes incluyen metales y medicamentos, y entre ellos, los corticoides. Para la confirmación del diagnóstico de sospecha, es necesario realizar pruebas epicutáneas seleccionadas tras la anamnesis. Los corticoides se dividen en 3 grupos basados en las reacciones cruzadas según su estructura molecular. Existen dos perfiles de pacientes sensibilizados a corticoides, uno que presenta sensibilización a uno de los grupos y otro a la molécula común de los 3 grupos. Este último tiene un manejo mucho más complicado, como es el caso de nuestro paciente, que presentaba sensibilizaciones a múltiples corticoides de los 3 grupos.

Conclusiones. La dermatitis de contacto sistémica en un diagnóstico que se debe incluir ante un paciente con dermatitis flexural. La sensibilización a corticoides se debe sospechar cuando un paciente presenta un empeoramiento a pesar del uso adecuado. Las pruebas epicutáneas son necesarias para confirmar el diagnóstico.

34. DERMATITIS DE CONTACTO PROTEICA POR GLIADINA, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. de Benito Mendieta^a, A. Méndez Valdés^a, D. de la Vega Ruiz^a, M. Andreu Barasoain^a, E. Gómez de la Fuente^b y J.L. López Esteban^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis de contacto proteica (DCP) es una patología infrecuente y probablemente infradiagnosticada, de curso crónico y recurrente, que afecta principalmente a manipuladores de alimentos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 20 años, con dermatitis atópica desde la infancia, que consultó por lesiones pruriginosas en manos de 10 meses de evolución, que no mejoraban con metilprednisolona tópica. Trabajaba de panadero desde los dos meses previos al inicio de la clínica. Refería prurito con la manipu-

lación de harinas en el trabajo, no utilizaba guantes y admitía un lavado de manos frecuente. Mejoraba clínicamente durante las vacaciones. A la exploración se observaban lesiones eritematodescamativas en espacios interdignales y en cara lateral de dedos, así como lesiones dishidrosiformes. Se solicitó la batería estándar de las pruebas epicutáneas de contacto (PEC) y el prick by prick test con las harinas que manejaba.

Resultados. Las PEC resultaron negativas y el prick by prick test fue positivo para sémola, trigo integral y blanco, mejorante panario, centeno integral, espelta blanca e integral y maíz. El prick test con gliadina fue positivo. Se diagnosticó al paciente de eccema de manos de contacto proteico por gliadina. Actualmente está de baja laboral, con gran mejoría clínica.

Discusión. Ante un paciente con eccema crónico de manos debemos incluir en el diagnóstico diferencial la DCP, especialmente si presenta riesgo ocupacional. La clínica aparece rápidamente tras el contacto con el alérgeno causante, una proteína de alto peso molecular, mediante una reacción de hipersensibilidad tipo I o como una combinación entre tipo I y tipo IV. En aproximadamente un 50% de los casos hay antecedente de dermatitis atópica. El diagnóstico se confirma con el prick test, no pudiendo diagnosticarse mediante pruebas epicutáneas. Presentamos un caso de DCP de origen ocupacional causada por la manipulación de harinas en un panadero, una patología con graves consecuencias médico-sociales, siendo necesaria su sospecha clínica para su diagnóstico y prevención.

Dermatitis atópica II

35. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO EN DERMATITIS ATÓPICA DE ACUERDO A LA AFECTACIÓN DE LOCALIZACIONES ESPECIALES. REGISTRO ESPAÑOL DE DERMATITIS ATÓPICA (BIOBADATOP)

N. Gonzalvo Bassets^a, M. Munera Campos^a, A. Gonzáñez Quesada^b, M. Espasandín Arias^c, M. Rodríguez Serna^d, P. de la Cueva Dobao^e, T. Montero Vilchez^f, R. Ruiz Villaverde^g, P. Chicharro Manso^h, Y. Gilaberte Calzadaⁱ, M. Elosua González^j, L. Curto Barredo^k, J.J. Pereyra Rodríguez^l, J.F. Silvestre Salvador^m, E. Prat Colilles^a, A. Batalla Cebey^c, C. Couselo Rodríguez^f, S. Martínez Fernández^c, S. Arias Santiago^f, R. Sanabria de la Torre^f, F.J. Navarro Triviño^g, J.C. Ruiz Carrascosa^g, A. Ballano Ruiz^g, G. Roustán Gullón^h, A. Rosell Díazⁱ; M. Bertolín Colilla^k, A.M. Gimeñez Arnau^k, I. Betloch Mas^m; I. García-Doval^{n,a}, M.Á. Descalzo-Gallegoⁿ y J.M. Carrascosa Carrillo^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^bHospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ^cComplejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. ^dHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ^eHospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ^fHospital Universitario Virgen de las Nieves. ^gHospital Universitario San Cecilio. Granada. ^hHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁱHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^jHospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ^kHospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ^lHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ^mHospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁿComplejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. ^oUnidad de Investigación. Fundación Piel Sana AEDV. Madrid. España.

Introducción. El desarrollo de nuevas terapias en dermatitis atópica (DA) ha supuesto un salto cualitativo en el control de la enfermedad. Sin embargo, sus manifestaciones en localizaciones especiales -con frecuencia escasamente representadas en la literatura- suponen todavía un reto terapéutico, observándose una me-

nor respuesta respecto a otras regiones y un alto impacto en la calidad de vida. El objetivo principal de este trabajo es describir la prevalencia de afectación de localizaciones especiales en los pacientes con DA. Como objetivo secundario, se explora su posible repercusión clínica, terapéutica y pronóstica.

Metodología. Se incluyeron los pacientes del registro BIOBADATOP, el registro español de DA, un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, desde marzo de 2020 (fecha de inicio del registro) hasta mayo de 2024. Se definieron como localizaciones especiales 3 áreas anatómicas: cara y párpados, genitales y manos. Se recogieron las variables demográficas, clínicas, terapéuticas y de respuesta a los 6 y 12 meses, y se evaluó la diferencia en dichas variables de acuerdo a la presencia de DA en ninguna, una, y en dos o más localizaciones especiales.

Resultados. Se incluyeron 616 pacientes, de los cuales un 70% presentó afectación de la cara y párpados, un 47,1% de las manos, y un 8,5% afectación genital. Entre la población pediátrica (N = 110; 17,9%), un 30% presentó afectación de 1, y un 45,5% de 2 o más localizaciones especiales. Entre los pacientes adultos (N = 506; 82,1%), un 23,7% presentó afectación de 1, y un 52,8% 2 o más localizaciones especiales. Para este grupo de edad, la presencia de DA en una o más localizaciones especiales se asoció a un mayor número de tratamientos sistémicos previos, EASI basal y POEM basal superiores, y una mayor prevalencia de comorbilidades atópicas, incluyendo asma, rinoconjuntivitis alérgica y patología ocular atópica. Para el grupo pediátrico, solo se observó una asociación a un mayor número de tratamientos previos. No se observaron diferencias entre grupos respecto a la valoración del prurito y del DLQI, y tampoco en cuanto a la respuesta a los tratamientos iniciados.

Discusión. Nuestro estudio explora la prevalencia de afectación de localizaciones especiales entre los pacientes con DA, así como su asociación a otras comorbilidades, impacto en calidad de vida, e implicación terapéutica y pronóstica.

36. ANÁLISIS METAGENÓMICO DE LA MICROBIOTA INTESTINAL DE UNA COHORTE DE ADULTOS ESPAÑOLES CON DERMATITIS ATÓPICA

K. Díez Madueño^a, I. Montero^b, M. Fernández Gosende^b, N. Martínez-Álvarez^b, C. Hidalgo-Cantabrana^b, P. de la Cueva Dobao^a y P. Coto-Segura^c

^aDermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre. Madrid. ^bMicroviable Therapeutics. Gijón. Asturias. ^cDermatología. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. España.

Introducción. El papel de la disbiosis intestinal en la desarrollo y fisiopatología de la dermatitis atópica (DA) es un tema de novedad, que se encuentra en debate y discusión.

Objetivo. Analizar el perfil composicional y funcional del microbioma intestinal (MI) de adultos españoles con DA, buscando diferencias con un grupo control sin enfermedad.

Métodos. Se diseñó un estudio trasversal bicéntrico. Se tomaron muestras fecales de 38 pacientes y 32 controles. El análisis de las muestras se realizó mediante metagenómica y bioinformática. Secundariamente, se realizó la cuantificación de ácidos grasos de cadena corta, así como se practicó la cuantificación de citocinas en heces en ambos grupos.

Resultados. Se encontraron diferencias significativas entre el microbioma de la población con DA y el grupo control. Los pacientes con DA presentaron una diversidad alfa reducida. Se encontraron especies con una menor abundancia significativa en el grupo enfermo. Varias rutas metabólicas microbianas se encontraban reducidas en los sujetos con dermatitis, incluyendo la biosíntesis de aminoácidos, vitaminas, ácidos grasos y lípidos, así como del metabolismo energético.

Conclusión. Se encontró asociación entre la existencia de alteraciones en el MI y la presencia de DA. Se identificaron diferencias en

la composición y función MI entre adultos españoles con DA y un grupo control. Esto refleja una posible asociación, entre la existencia de alteraciones en el MI y la presencia de DA. Ello podría ser de interés en una mejor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad y el desarrollo de alternativas terapéuticas.

37. PROYECTO SSAD. ESTUDIO PROSPECTIVO CLÍNICO Y MOLECULAR DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA. PERFIL CLÍNICO Y ANÁLISIS DE SINGLE CELL PBMC BASAL DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON Y VOLUNTARIOS SANOS

J.M. Carrascosa Carrillo^a, T. Repiso Montero^b, J. Fernández Vela^c, M. Rodríguez Serna^d, P. Chicharro Manso^e, C. Galache Osuna^f, F.J. Ortiz de Frutos^g, E. Herrera Acosta^h, C. Riquelme Mc Loughlinⁱ, C. Nadal Lladó^j, F.J. Miquel Miquel^k, E. Serra Baldrich^l, I. Figueras Nart^m, M. Munera Campos^a y S. Marsal Barrilⁿ

Dermatología. ^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ^bHospital Universitario Vall d'Hebrón. ^cHospital General de Granollers. Granollers. Barcelona. ^dHospital Universitario La Fe. Valencia. ^eHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^fHospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ^gHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^hHospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁱHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^jHospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears. ^kHospital Universitario Arnau de Vilanova i Llíria. Valencia. ^lHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^mHospital Universitari de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ⁿDirecció Médica. IMIDomícs. Barcelona. España.

Introducción. La etiología de la dermatitis atópica (DA) es compleja, caracterizada por una marcada heterogeneidad fisiopatológica y clínica. A pesar de los avances significativos en el tratamiento, persiste un grupo importante de pacientes que no responde adecuadamente y que puede beneficiarse de nuevas terapias.

Objetivo. Desarrollo de una cohorte nacional de pacientes con DA para la caracterización molecular de la enfermedad, con el foco en 1) identificar nuevos mecanismos moleculares que den lugar a dianas terapéuticas más eficaces, y 2) identificar biomarcadores que permitan la estratificación precisa de los pacientes para un manejo más acertado y efectivo.

Metodología. Bajo el acrónimo de SSAD se ha constituido un estudio observacional, multicéntrico, prospectivo de cohortes en el que se están obteniendo de forma seriada muestras biológicas y datos clínicos de pacientes con DA, así como controles sanos apareados. Los pacientes se han reclutado desde más de 30 servicios de dermatología de hospitales universitarios de toda España. Se realizan 5 visitas en 2 años de seguimiento. En una primera etapa, se están analizando los datos moleculares de 60.000 células mononucleares circulantes mediante la tecnología single cell RNA-Seq de 10 pacientes y 10 controles. Se comparará este perfil molecular con el de datos de scRNA-Seq de pacientes con psoriasis obtenidos a partir del proyecto Europeo DoCTIS.

Resultados. El perfil clínico-epidemiológico de los 41 primeros pacientes incluidos es: 59% hombres y 41% mujeres con edad promedio de 35 años; a nivel basal (S0): 60% EASI > 21; 59% prurito > 7; 87% IGA > 3. Terapia iniciada en S0: 11 ciclosporina, 16 Dupilumab, 4 Tralokinumab, 3 Upadacitinib, 1 Baricitinib y 6 Abrocitinib. Se han generado datos de pacientes con DA e individuos control, identificando diferencias de expresión en múltiples subtipos linfoides y mieloides. Estos resultados se reforzarán con el análisis de pacientes y controles adicionales; la inclusión de un grupo de pacientes con psoriasis permitirá identificar programas moleculares compartidos y específicos de la DA.

Conclusión. Los datos clínicos recogidos muestran características coherentes con el perfil de pacientes con DA moderada-grave visitados en centros hospitalarios. Los estudios analíticos muestran

representatividad de las poblaciones celulares implicadas en el proceso inflamatorio atópico.

38. PERFIL FENOTÍPICO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE DE DIFERENTES ORÍGENES. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO DESCRIPTIVO DE SERIES DE CASOS. PROYECTO AD-SKINS

E. Prat Colilles^a, A. Plana Pla^b, I. Bielsa Marsol^b, A. Vicente Villa^c, E. Baselga Torres^c y J.M. Carrascosa Carrillo^b

Dermatología. ^aHospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. ^bHospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. ^cHospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es la dermatosis inflamatoria crónica más frecuente y supone un problema de salud pública importante en todo el mundo. En los últimos años se ha descrito una marcada variabilidad clínica en función de la ascendencia, origen étnico y/o racial de los pacientes. Existe escasa información en la literatura en relación a la descripción clínica de las distintas variantes fenotípicas y su correlación con la respuesta terapéutica en cada una de ellas. Proponemos este estudio con el objetivo de identificar y definir las características clínicas de la DA en edad pediátrica en nuestro entorno, en función de las diferentes ascendencias, y su respuesta al tratamiento sistémico.

Metodología. Estudio observacional multicéntrico descriptivo de series de casos en donde se incluyen a pacientes ≤ 18 años diagnosticados de DA moderada-grave que hayan iniciado tratamiento sistémico entre los meses de junio del 2022 y diciembre del 2023. Se recogieron datos sobre sexo, edad, ascendencia, sobrepeso/obesidad, fototipo, morfología clínica, edad de diagnóstico, comorbilidades, áreas de afectación, IgE basal, pruebas epicutáneas, tratamiento sistémico recibido, respuesta al tratamiento (EASI, NRS, cDLQI, BSA e IGA), número de ingresos y efectos adversos al tratamiento.

Resultados. Se han incluido un total de 147 pacientes. Los datos de las variables, tras un método jerárquico de análisis clúster aglomerativo, se han ordenado en tres grupos de perfiles clínicos: (1) amerindios, fototipo IV, sobrepeso, comorbilidades atópicas y morfología clásica, (2) asiáticos, fototipo V, sin sobrepeso, sin comorbilidades atópicas y morfología no clásica (liquenoide, numular y papular) y (3) blancos, fototipo III, sin sobrepeso, con comorbilidades atópicas y morfología clásica. El 44% de la muestra no eran de ascendencia blanca. El tratamiento sistémico más frecuente consistió en fármacos inmunomoduladores innovadores, en particular dupilumab. El 85% de los pacientes alcanzó una respuesta EASI 90 en la semana 24 de seguimiento, con buena tolerancia en la mayor parte de los casos.

Conclusiones. Este estudio aporta información valiosa en relación en la descripción de la heterogeneidad fenotípica en nuestro ámbito en DA y de las buenas expectativas con los nuevos tratamientos sistémicos en todos los grupos de pacientes en pediatría.

39. IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES EN DERMATITIS ATÓPICA MEDIANTE ANÁLISIS INTEGRATIVO DE PERFILES GENÉTICOS CELULARES EN PIEL Y SANGRE PERIFÉRICA

P. Chicharro Manso^a, I. Palomar Moreno^b, F. Sánchez Cabo^c, E. Daudén Tello^a, M. J. Gómez Rodríguez^c y H. de la Fuente Flores^b

^aDermatología. Hospital Universitario de la Princesa. ^bUnidad de Biología Molecular. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). ^cUnidad de Bioinformática. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC). Madrid. España.

Introducción. La mayoría de los estudios transcriptómicos en dermatitis atópica (DA) se han focalizado en muestras cutáneas, con pocos análisis que incluyan la actividad celular en sangre periférica. El objetivo de este estudio es identificar moléculas con expresión génica alterada tanto en piel como en sangre periférica de pacientes con DA, que podrían servir como biomarcadores de actividad u objetivos terapéuticos.

Material y métodos. Se analizaron perfiles de expresión génica de muestras de piel y linfocitos de sangre periférica del Gene Expression Omnibus (GEO, NCBI) y se identificaron genes diferencialmente expresados (DEGs) en pacientes con DA. La activación de posibles moléculas reguladoras ascendentes se predijo utilizando Ingenuity Pathway Analysis (IPA, Qiagen). Se realizó un análisis de correlación entre los DEGs de la piel y los linfocitos de sangre periférica para seleccionar moléculas candidatas como biomarcadores. Finalmente, las moléculas seleccionadas fueron validadas mediante ELISA en muestras de suero de una cohorte de pacientes con DA moderada-grave, antes de iniciar tratamiento sistémico.

Resultados. AREG, IL22, IL36A, IL33, IL17A e IL4 fueron identificados como posibles reguladores ascendentes activos tanto en piel como en linfocitos T de sangre periférica de pacientes con DA. Un módulo funcional asociado a la transmisión del impulso nervioso y la vía de señalización del glutamato fue detectado en piel de pacientes con DA mediante análisis de agrupamiento, siendo GRIA4 y HTR3A los genes centrales de este grupo. S100A9, S100A8, S100A12, CXCL8, SOCS3, LCN2 y CTLA4 fueron los genes más sobreexpresados tanto en piel como en linfocitos T periféricos de pacientes con DA, siendo seleccionados para su validación suero de una cohorte de 15 pacientes con DA moderada-grave (EASI medio 27,7). Se observó una correlación positiva y significativa entre la actividad de la enfermedad en estos pacientes y los niveles séricos de S100A8 ($r = 0,73$, $p = 0,003$), con una correlación negativa para SOCS3 ($r = -0,57$, $p = 0,02$). También se observó una tendencia hacia una correlación positiva para LCN2 ($r = 0,74$, $p = 0,074$) y CTLA4 ($r = 0,49$, $p = 0,064$).

Conclusiones. Estos hallazgos señalan a S100A8, SOCS3, LCN2 y CTLA4 como posibles marcadores para evaluar la actividad de la DA en sangre periférica.

40. DIFERENCIAS ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA EN EDAD SENIL Y ADULTOS JÓVENES: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

N.M. Román Mendoza^a, A. Sánchez Gilo^a, A. Torino Estrada^a, A. Alegre Bailo^a, J.J. Mateos Rico^a, M. Gutiérrez Pascual^a, I. Gonzalo González^b y F.J. Vicente Martín^b

Servicio de Dermatología y Venereología. ^aHospital Rey Juan Carlos. Móstoles. ^bHospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid. España.

Introducción. Cuando la dermatitis atópica (DA) afecta a mayores de 60 años, se denomina DA senil. Este estudio explora las características de la DA en personas > 60 años.

Objetivos. Analizar diferencias en características clínico-demográficas, gravedad y respuesta al tratamiento entre pacientes mayores y menores de 60 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con DA tratados entre 2019 y 2024 en dos hospitales. Se recogieron datos clínico-demográficos, gravedad de la DA (EASI, IGA, NRS prurito y sueño) y su evolución a las semanas 16, 24 y 52. Se evaluó la respuesta al tratamiento mediante IGA 0-1, EASI75 y reducción de ≥ 4 puntos en NRS prurito. El análisis estadístico se realizó con Python.

Resultados. Se incluyeron 115 pacientes (73 hombres y 84 mujeres). No hubo diferencias significativas en el sexo entre los grupos.

La rinitis alérgica y el asma fueron más comunes en ≤ 60 años. Patologías como cardiopatía isquémica, hipertensión, dislipemia y diabetes fueron más frecuentes en > 60 años. El fenotipo difuso fue más común en ≤ 60 años (77% vs 43%, $p = 0,01$), mientras que los fenotipos numular y prurigo fueron más frecuentes en > 60 años (3% vs 25%, $p = 0,004$; 5% vs 25%, $p = 0,024$). La afectación en extremidades inferiores fue más común en > 60 años (2% vs 25%, $p = 0,001$). La DA fue más grave en ≤ 60 años según EASI, IGA y NRS prurito. La respuesta al tratamiento mostró mejoría en las escalas evaluadas, especialmente en el EASI75 a las 24 y 52 semanas. No hubo diferencias significativas en la efectividad del tratamiento.

Discusión. Con el envejecimiento poblacional, la DA en > 60 años está aumentando. El diagnóstico en este grupo es complicado debido a la heterogeneidad de la clínica y otras causas de prurito. La literatura existente es limitada, pero se ha observado un inicio tardío de DA en este grupo. Al igual que en estudios previos, se observó menor comorbilidad atópica en > 60 años, pero mayor gravedad en ≤ 60 años. No se encontraron diferencias significativas en la efectividad del tratamiento entre los grupos.

Conclusiones. Aunque la DA se presenta de manera similar en pacientes mayores y menores de 60 años, existen diferencias clave en las características de la enfermedad y comorbilidades asociadas. Se necesitan más estudios para entender mejor estas diferencias y su impacto en el manejo de la DA en este grupo de pacientes.

41. COMORBILIDADES SISTÉMICAS, PRURIGO CRÓNICO NO ATÓPICO Y POSIBLE PAPEL DE LA VÍA TH22

J. Espiñeira Sicre^a, L. García Fernández^a, J.F. Silvestre Salvador^b, J. Ruiz Sánchez^a y D. Orozco Beltrán^c

Dermatología ^aHospital Universitario de San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. ^bHospital General Universitario Doctor Balmis. ^cDepartamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Introducción. El prurigo crónico está asociado a múltiples comorbilidades no atópicas. Estas comorbilidades provocan una respuesta inflamatoria que puede servir de estímulo para la producción de la población linfocitaria Th22, la cual desempeña un papel en la fisiopatología del prurigo crónico. El objetivo de este estudio es demostrar si existe relación entre las comorbilidades sistémicas y el prurigo crónico por medio de la respuesta inflamatoria sistémica y la población celular Th22.

Material y métodos. Se diseñó un estudio transversal donde se recogieron pacientes con diagnóstico de prurigo crónico y ≥ 1 comorbilidad y se compararon con un grupo control. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas.

Resultados. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de IgE, VSG y linfocitos Th22. No se encontraron diferencias en los niveles de PCR ni en el número de comorbilidades.

Discusión. Los mediadores de la inmunidad innata se han posicionado como inductores de la polarización Th22. En los datos de nuestro estudio se ha observado una diferencia entre grupos en los niveles de VSG, que va en concordancia con la activación de la inmunidad innata descrita anteriormente.

Consecuentemente a la activación de la inmunidad innata, se ha descrito un aumento sistémico Th22 que actúa como mecanismo regulador inmunológico, con efectos tanto proinflamatorios como antiinflamatorios. La detección de unos niveles de Th22 más elevados en pacientes con prurigo crónico y comorbilidades frente a los controles indica una asociación de esta población celular con el prurigo.

Conclusión. Existe evidencia de que las comorbilidades sistémicas pueden jugar un papel relevante en el prurigo crónico y son necesarios más estudios para determinar el verdadero papel de la población Th22 en esta asociación.

42. OVERLAP DERMATITIS ATÓPICA Y PSORIASIS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Villore Lozano, J.M. Sánchez Motilla, C. Alonso Díez, I. Blay Simón, C. Sabater González y A. Mateu Puchades

Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción. La psoriasis (PSO) y la dermatitis atópica (DA) son enfermedades inflamatorias de la piel frecuentes con distintas manifestaciones clínicas. La prevalencia de PSO es del 2% en caucásicos y del 0,2% en las regiones asiáticas. La DA tiene una prevalencia mucho mayor, especialmente en niños (hasta un 20%). PSO y DA tienen cada uno sus propias áreas de participación típicas. La PSO tiende a ocurrir en el cuero cabelludo y las áreas de extensión. La DA afecta a áreas de extensión y cara en la infancia, mientras que en adolescentes y adultos afecta a áreas de flexión y manos. Históricamente, para estas enfermedades se ha propuesto mecanismos inmunopatogénicos opuestos, Th2 y Th1. Sin embargo, en los últimos años se está empezando a considerar como dos entidades dentro de un mismo espectro, con una inmunopatogénesis compartida que involucra células Th17, Th1, Th22 o incluso IL-13 en ciertos fenotipos. De este modo, existen tres grandes categorías. Los fenotipos de overlap podrían clasificarse en PSO y DA concomitantes, principalmente lesiones de PSO con características de EA o viceversa, o transformación de la enfermedad como resultado del tratamiento biológico.

Metodología y objetivos. El propósito principal de este trabajo consiste en dar a conocer la patogenia y las características del síndrome de overlap entre dermatitis atópica y psoriasis, mediante la presentación de los casos clínicos vistos recientemente en nuestro servicio. Como objetivo secundario, proponemos un posible algoritmo de manejo de este tipo de patología.

Resultados y conclusiones. La psoriasis y la dermatitis atópica puede considerarse como un espectro de enfermedades, más que como una dicotomía.

La investigación sobre el overlap entre PSO y DA aún está en las primeras etapas y se ha centrado en las manifestaciones clínicas. Los marcadores de citocinas o el análisis genético podrían ofrecer una mejor comprensión del perfil inmunológico y de la barrera cutánea. Es preciso la realización de estudios adicionales a nivel molecular, que podrán conducir a una nueva clasificación de esta entidad, ayudando también a proporcionar un manejo personalizado.

43. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA SOMETIDOS A TERAPIAS AVANZADAS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

F.J. Melgosa Ramos^a, C. Abril Pérez^b, S. Guillén Climent^c, M. Matellanes Palacios^d, J. Sabater Abad^e y V. González Delgado^f

Servicio de Dermatología. ^aHospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. ^bHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ^cHospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. ^dHospital Arnau de Vilanova. ^eHospital de la Ribera. Alzira. ^fHospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) moderada-severa constituye un problema clínico complejo debido a su alta morbilidad y las limitaciones en las opciones terapéuticas convencionales. Se plantea un estudio multicéntrico con el objetivo de caracterizar las características epidemiológicas de los pacientes y evaluar la eficacia y seguridad de terapias avanzadas en una cohorte de pacientes de la Comunidad Valenciana.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, en 9 centros dermatológicos de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pacientes con DA moderada-severa que recibieron tratamientos avanzados, incluyendo biológicos e inhibidores de JAK, entre 2020 y 2024. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes clí-

nicos, comorbilidades, tratamientos previos y respuesta terapéutica en términos de Eczema Area and Severity Index (EASI), Investigator's Global Assessment (IGA), Dermatology Life Quality Index (DLQI), y NRS prurito. Se realizó un modelo de regresión para identificar potenciales predictores de respuesta a los diferentes tratamientos. La seguridad se evaluó mediante el registro de eventos adversos (EA) y su gravedad.

Resultados. Se incluyeron un total de 206 pacientes (50,24% varones, 49,76% mujeres) con una edad media de 43,33 ± 21,48 años. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 24,18 ± 6,98 kg/m². La media de la edad de debut de la enfermedad fue de 32,85 ± 24,51 años y la media de retraso diagnóstico fue de 5,35 ± 8,43 años. Los tratamientos evaluados incluyeron mayoritariamente dupilumab y upadacitinib. El 18,54% de los pacientes presentaron antecedentes familiares de atopia, el 61,95% tenían comorbilidades atópicas y el 30,73% presentó al menos un FRCV. El 70,73% presentaron áreas especiales afectadas (44,88% en manos, 58,05% en facial/cuello, y 16,59% en genitales). El 78,54% había recibido tratamientos clásicos previos. La media del tiempo de exposición a tratamientos actuales fue de 17,88 ± 14,51 meses. La respuesta en términos de EASI absoluto y NRS prurito aparece detallada en la imagen 1.

Conclusiones. El uso de terapias avanzadas (biológicos e inhibidores de JAK) se presenta como una estrategia efectiva y segura en el manejo de pacientes con DA moderada-severa. La identificación de factores predictores de respuesta puede guiar la personalización del tratamiento, optimizando los resultados clínicos.

44. FACTORES IMPLICADOS EN EL MANTENIMIENTO PROLONGADO DEL OBJETIVO "ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD" EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE. RESULTADOS GRUPO PRADA

F.J. Mataix Díaz^a, S. Santos Alarcón^b, J.F. Silvestre Salvador^c, L. García Fernández^d, L. Schneller-Pavelescu Apetrei^e y L. Berbegal de Gracia^f

Dermatología. ^aHospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa. ^bHospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ^cHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. ^dHospital Universitario de San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. ^eHospital Vega Baja. Orihuela. ^fHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Debido a la irrupción de la terapia avanzada en el manejo de la dermatitis atópica (DA), se hace necesario establecer objetivos terapéuticos concretos y utilizarlos como guía en la toma de decisiones, término conocido como treat-to-target. En esta línea, se ha planteado elevar los estándares de tratamiento a un objetivo óptimo, lo que se conoce con el nombre de actividad mínima de la enfermedad (AME) tanto a corto como, idealmente, a largo plazo. El estudio de este exigente objetivo terapéutico en este último punto de corte temporal está escasamente estudiado en la literatura. Se plantea como objetivo principal del estudio determinar las variables sociodemográficas, clínicas y/o relacionadas con el tratamiento asociadas a la obtención del objetivo AME de manera prolongada en una población de paciente con DA moderada-grave tratada en condiciones de práctica clínica real en 5 hospitales de la provincia de Alicante. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico en el que se analizan las variables asociadas a la obtención y mantenimiento de AME, definida como EASI ≤ 3 y NRS-prurito ≤ 1 durante al menos 6 meses de manera ininterrumpida, en una población de pacientes con DA moderada-grave. Se realizan comparaciones con otra población de características similares en la cual el objetivo AME no se ha alcanzado en ningún momento o no se ha mantenido de manera prolongada.

El concepto de AME es realista y aplicable a la práctica clínica real en nuestro medio, ayuda a elevar los estándares de calidad de la

atención de nuestros pacientes y la presencia de ciertas características clínicas y/o relacionadas con el tratamiento aumentan las probabilidades de alcanzarlo tanto a corto como a largo plazo.

45. DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SUPERRESPONDADORES EN DERMATITIS ATÓPICA: UN CONSENSO DELPHI ESPAÑOL

J.M. Liñán Barroso^a, R. Ruiz Villaverde^b, M. Galán Gutiérrez^c, F.J. Navarro Triviño^b, J.C. Armario Hita^d y J.J. Pereyra Rodríguez^a

^aDermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

^bHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ^cHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^dHospital Universitario Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción. Se llevó a cabo un estudio de consenso de expertos para establecer una definición precisa del concepto de superrespondedores (SR) en dermatitis atópica (DA).

Métodos. El estudio empleó una metodología Delphi basada en 2 rondas para definir el concepto de SR en DA, explorando las opiniones de dermatólogos expertos en DA de toda España con respecto a una serie de enunciados elaborados tras una revisión sistemática. El consenso se predefinió como un acuerdo $\geq 80\%$ entre todos los encuestados.

Resultados. En la primera ronda, 4 declaraciones alcanzaron consenso. En la segunda ronda, 2 declaraciones adicionales alcanzaron consenso. Además, para ilustrar estas definiciones, se proporcionó un conjunto de casos prácticos y se evaluó el grado de acuerdo entre los expertos.

Conclusiones. Según los enunciados que alcanzaron consenso, el tiempo es importante para definir la respuesta alcanzable como SR. El concepto de SR debe asociarse con una respuesta rápida (semana 16), incluir tanto variables de síntomas (EASI o IGA) como PROs (prurito, POEM), asociarse con un aclaramiento completo o casi completo de las lesiones (IGA 0-1), con respuestas sostenidas en el tiempo, aunque pueden ocurrir brotes leves (IGA ≤ 2). Este concepto no debe depender de la edad del paciente.

Urticaria

46. NO ES URTICARIA TODO LO QUE EVANESCE

C. Pacho Guerra, D. Hernández Calle, L.A. Pérez González, C. Pindado Ortega, R.M. Domínguez López, P.J. Fernández Esparcia, B. Santos Latasa, G. Selda Enríquez y E. Gómez de la Fuente

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

Introducción. El diagnóstico diferencial de la urticaria crónica es amplio, incluyendo sobre todo lesiones habonosas que persisten más de 24 horas y que en ocasiones se acompañan de otras lesiones elementales. No obstante, existen entidades con lesiones urticariformes pruriginosas que pueden ser evanescentes en menos de 24 horas y que también deben entrar en el diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Paciente de 12 años, sin antecedentes personales salvo TDHA en tratamiento con metilfenidato. Presenta desde marzo 2023 lesiones en miembros inferiores, acompañadas de prurito que se asocian a cianosis cutánea y edema. Relaciona la clínica con la bipedestación y ceden espontáneamente tras el cese de esta. Sin síntomas sistémicos salvo leve intolerancia ortostática. Las pruebas complementarias incluyendo hemograma, bioquímica, estudio de coagulación y pruebas de autoinmunidad no muestran alteraciones. Con la

sospecha clínica de síndrome de Bascule se realiza test de intolerancia ortostática (se mantiene a la paciente en bipedestación) y a los 5 minutos se aprecian máculas de Bier, cianosis y lesiones urticariformes en miembros inferiores. Sin clara mejoría con antihistamínicos a dosis licenciada ni con losartán. Unos meses después (enero 2024) la paciente comienza con angioedema labial y periférico, con brotes cada 3 semanas aproximadamente, que cede en 24-48 horas y sin desencadenante aparente. El estudio de complemento incluyendo C1 inh y C1 inhibidor funcional es normal. Se pautan antihistamínicos x 4 con mejoría de la sintomatología cutánea y del angioedema.

Discusión. El síndrome de Bascule es una dermatosis vasomotora benigna poco frecuente, descrita en 2016, que aparece principalmente en gente joven. Cursa con manchas anémicas de Bier, cianosis y erupción similar a la urticaria de predominio en miembros inferiores tras el inicio de la bipedestación y cuyos síntomas cesan al cesar la bipedestación. En ocasiones se asocia a intolerancia ortostática y/o taquicardia postural. No existen tratamientos efectivos, pero presenta una tendencia a la resolución en unos años. Se han descrito diversas asociaciones, como TDHA, pero hasta la fecha no se ha descrito angioedema asociado, por lo que la relación patogénica entra ambos es desconocida.

Conclusión. Presentamos un nuevo caso de síndrome de Bascule, entidad poco conocida, aunque cada vez más comunicada pero que debe de sospecharse ante lesiones urticariformes en miembros inferiores.

47. EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DE RUPATADINA EN LA URTICARIA CRÓNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL

A.M. Giménez Arnau^a, C. Romero^b, M. March^a, A. Tomas^a, I. Izquierdo^c y R.M. Pujol Vallverdú^a

^aDermatología. Hospital del Mar. ^bDpto Estadística. Adknomia Health Research. ^cNOUCOR Dpto. Médico. Palau-solità i Plegamans. Barcelona. España.

Introducción. La eficacia de los antihistamínicos de segunda generación (AHsg) en el tratamiento de la urticaria crónica (UC) ha sido ampliamente demostrada en ensayos clínicos. Sin embargo, existen pocos datos sobre la efectividad a largo plazo de este tratamiento en la práctica clínica real. El objetivo fue evaluar la respuesta clínica con el uso de AHsg, especialmente con rupatadina.

Métodos. Estudio retrospectivo observacional y unicéntrico basado en una cohorte de pacientes ambulatorios con UC moderada/severa atendidos en el Departamento de Dermatología del Hospital del Mar (Barcelona, España) entre junio 1989 hasta octubre 2022. Se evaluó el tipo de tratamiento en la visita basal (V1) y al cabo de 1 (V2), 3 (V3) y 5 (V4) años de seguimiento que incluyeran rupatadina, así como el Urticaria Activity Score (UAS7) en la UC espontánea (UCE) y el Urticaria Control Test (UCT) en la UC inducible (UCInd), en base a los criterios establecidos en las guías.

Resultados. Se evaluaron un total de 1672 pacientes, de los cuales un 66,6% eran mujeres, con una edad media (DE) de 44 (18,4) años. El 89,8% de los pacientes estaban diagnosticados de urticaria, siendo la más frecuente la UCE (51,6%), seguida de UCInd (31,4%) y urticaria aguda (17,1%). La duración media (DE) de la UC fue de 33,5 (64,6) meses. De los 1189 pacientes en tratamiento farmacológico en la visita basal, el 44,3% estaban con AHsg a dosis autorizadas y el 26,8% a dosis altas. Otros tratamientos eran AH de primera generación a dosis autorizadas (11,2%) y a dosis altas (2,4%), esteroides sistémicos (11,2%), ciclosporina (1,2%) y omalizumab (1,4%), 398 pacientes con UC fueron tratados con rupatadina en la visita basal: el 56,3% en monoterapia y el 43,7% con tratamiento combinado. La terapia continua con rupatadina durante todas las visitas (n = 196) se asoció con una mejora significativa en la puntuación UAS7 a V2 (-12,4 puntos; IC 95%: -14,9 a -9,8; p < 0,0001). Los pacientes con UCInd lograron un control significativo de la enfermedad a V2 (1,82 puntos; IC 95%: 0,9 a 2,6; p < 0,0001). En el resto de

visitas los pacientes con rupatadina mostraron mejoras significativas de larga duración hasta los 5 años.

Conclusiones. Estos datos de vida real de la rupatadina (en monoterapia o en combinación) permiten conocer la efectividad y seguridad del tratamiento de la UC a largo plazo con AHsg en la práctica clínica.

48. URTICARIA SOLAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 13 CASOS

A. Méndez Valdés^a, S. de Benito Mendieta^a, J.S. Griffiths Acha^a, M. Andreu Barasoain^a, J.L. López Estebaranz^a y E. Gómez de la Fuente^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

La urticaria solar (US) es un tipo poco común de urticaria crónica inducible. Debuta en la edad adulta temprana, presentando un predominio femenino. Puede asociarse con otro tipo de fotodermatosis y en una serie publicada recientemente, se observa antecedentes de atopía, al menos, en el 30% de los casos. La etiopatogenia es poco conocida. El diagnóstico se basa en la anamnesis, la exploración física (formación de habones minutos tras la exposición a la radiación solar), y se apoya en test fotobiológicos. El tratamiento eficaz es un desafío e incluye desde medidas físicas de protección solar y antihistamínicos, como primera línea, hasta inmunomoduladores, plasmaféresis, inmunoglobulinas iv y omalizumab entre otros, con resultados variables. Realizamos un estudio descriptivo de una serie de 13 pacientes con diagnóstico de US confirmado mediante fototest (UVA, UVB y luz visible). La mediana de edad fue 44 años (14-66) con un predominio masculino (10/13). Seis pacientes (46%) asociaban dermatitis y/o comorbilidad atópica (polinosis, asma). En ningún caso se describe asociación con urticaria crónica espontánea u otras fotodermatosis. La mayoría (84%) presentaban urticaria en el espectro de la luz visible, seguido por el espectro UVA (61%) y después, por una combinación entre ambos (54%). Los antihistamínicos y la evitación de la radiación solar con medidas físicas y fotoprotección de amplio espectro fueron el tratamiento principal, que realizaron todos los pacientes. Cinco pacientes (38%) presentaron buen control con fototerapia y exposición solar controlada. Seis pacientes (46%), con urticaria recalcitrante, precisaron omalizumab. En 2 de ellos, se suspendió por fallo de respuesta primaria y otros 4 continúan el tratamiento. En 2 de los 4, la excelente respuesta, ha permitido una optimización del tratamiento con omalizumab.

La US es un trastorno que puede condicionar gravemente la calidad de vida de los pacientes, limitando su actividad al aire libre. Si bien el diagnóstico es sencillo, su tratamiento es difícil. Presentamos una serie de 13 pacientes con diagnóstico clínico de US que han precisado terapias distintas y combinadas para conseguir un buen control de la enfermedad. La luz visible y UVA fueron las longitudes de onda que provocaron respuestas de urticaria con mayor frecuencia, seguidos de una combinación de ambos, en consonancia con la literatura disponible.

49. URTICARIA SOLAR SEVERA REFRACTARIA CON REACCIÓN EXACERBADA A FOTOTEST

F. Peirano^a, F. Torres^a, M. Clar^b, C. Morales-Múnera^a y E. Serra-Baldrich^a

^aDepartamento de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^bDepartamento de Alergología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Introducción. La urticaria solar es un tipo de urticaria inducible que puede afectar significativamente la calidad de vida, con respuesta insatisfactoria a tratamientos convencionales. Presentamos un caso ilustrativo de urticaria solar severa refractaria.

Caso clínico. Mujer de 49 años sin antecedentes patológicos relevantes. Consultó por habones y placas eritematosas y pruriginosas en zonas fotoexpuestas que resolvían en menos de 24 horas, apareciendo de forma espontánea en alguna ocasión, pero actualmente las presentaba de manera inmediata tras mínima exposición al sol, afectando significativamente su calidad de vida. Sin respuesta a dosis cuádruple de antihistamínicos. Se realizó fotoprovocación a UVA y luz visible, y fototest para determinar dosis urticarial mínima (DUM) UVB, con respuesta inmediata positiva a todos los espectros aplicados, desarrollando eritema y placas que abarcaban toda la mitad inferior de la espalda, requiriendo tratamiento con corticoides orales y antihistamínicos. Se orientó como urticaria solar severa refractaria a tratamiento antihistamínico, decidiendo iniciar tratamiento con omalizumab. **Discusión.** La urticaria solar es una fotodermatosis rara, caracterizada por eritema y habones pruriginosos en áreas expuestas al sol, con síntomas que aparecen minutos después de la exposición y desaparecen en menos de 24 horas. Se hipotetiza que una molécula de la piel o del suero, tras ser activada por luz específica, se convierte en fotoalérgeno y se une a IgE, provocando degranulación de mastocitos. Afecta a menos del 0,5% de los pacientes con urticaria, con mayor incidencia en mujeres entre la tercera y cuarta década. El diagnóstico es clínico y se confirma con fototest, que determina la DUM. La fotoprovocación es útil para determinar el espectro de acción implicado. Las opciones terapéuticas incluyen antihistamínicos de segunda generación en dosis altas, fototerapia e inmunosupresores, a menudo con malos resultados. En casos refractarios, omalizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IgE, ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la urticaria solar.

50. PRUEBAS EPICUTÁNEAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA A FÁRMACOS

V. Amat Samaranch^a, M. Ballvé^a, C. Riquelme-Mc Loughlin^a, J. Bartra^b, M. Pascal^c y C. Carrera Álvarez^a

^aDermatología. Hospital Clínic de Barcelona. ^bAlergología. Hospital Clínic de Barcelona. ^cInmunología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. Las pruebas epicutáneas son el primer paso en el estudio de las reacciones de hipersensibilidad retardadas (RHSR) a fármacos. Su sensibilidad está influenciada por diversos factores: el tipo de reacción adversa medicamentosa (RAM), el vehículo utilizado, el tipo de fármaco, y su concentración. Este estudio tiene como objetivo evaluar la utilidad de las pruebas epicutáneas en el diagnóstico de las RHSR.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a epicutáneas para el estudio de RHSR a fármacos por vía sistémica entre enero de 2013 y diciembre de 2023.

Resultados. De los 2945 pacientes parcheados, 175 habían tenido una RAM. El 63% eran mujeres, con una edad media de 59 años. La frecuencia de las RAM se ilustra en la figura 1. La tasa de positividad global fue del 20% (n = 35/175). La tasa de positividad fue más alta en el DRESS (n = 8/17, 47,1%), seguido del rash maculopapular (n = 19/88, 20%), AGEP (n = 3/15, 20%), SDRIFE (n = 1/5, 20%), EFP (n = 2/22, 9%) y SSJ/NET (n = 1/11, 9%). Los antibióticos fueron los fármacos más frecuentemente implicados (n = 20). Un paciente sufrió una reproducción leve y autolimitada de la RAM tras las pruebas. Se realizó un test de proliferación linfocitaria (TTL) en 65 pacientes, de los cuales 56 tenían epicutáneas negativas. El TTL fue positivo en un 48% (n = 27/56) de estos casos. La combinación de epicutáneas, TTL, test intradérmico y de provocación oral, aumentó la sensibilidad diagnóstica al 40%.

Discusión. La tasa de positividad de las epicutáneas en nuestro centro es ligeramente inferior a la reportada. Las pruebas demostraron ser útiles sobre todo en el diagnóstico de DRESS, aunque tuvieron una baja rentabilidad para el diagnóstico de EFP y SJS/NET. Son pruebas

seguras, recomendándose en casos graves (SJS/NET), parchear los fármacos individualmente y a bajas concentraciones. El TTL es útil para pacientes con epicutáneas negativas, permitiendo el diagnóstico en la mitad de estos casos en nuestra serie.

La combinación de pruebas alergológicas junto con la coordinación interdisciplinaria con los servicios de alergología, inmunología y farmacología, es clave para un diagnóstico preciso y la recomendación de estrategias evitativas para los pacientes.

51. ROFLUMILAST ORAL COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL ECCEMA CRÓNICO DE MANOS: SERIE DE CASOS

C. Riquelme Mc Loughlin, S. Gómez Martínez, J.M. Mascaró Galy y V. Amat Samaranch

Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. El eccema crónico de manos (ECM) es una dermatosis que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Roflumilast, un inhibidor selectivo de la enzima fosfodiesterasa-4 (PDE4), está aprobado para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. Su mecanismo de acción incrementa los niveles intracelulares de monofosfato de adenosina cíclico (AMPC), inhibiendo la quimiotaxis y reduciendo la infiltración inflamatoria, así como la liberación de mediadores inflamatorios y citotóxicos. Actualmente, se investiga su uso fuera de ficha técnica en el tratamiento del ECM.

Métodos. Serie de casos retrospectiva de 15 pacientes con ECM que recibieron tratamiento con roflumilast vía oral. El ECM se clasificó según las Guías para el diagnóstico, prevención y tratamiento del eccema de manos. Los pacientes otorgaron su consentimiento para su uso fuera de ficha técnica. La dosis inicial fue de 250 µg diarios, ajustada mensualmente según la respuesta clínica y la tolerancia. El índice HECSI (Hand Eczema Severity Index) se utilizó para evaluar la gravedad y la respuesta al tratamiento.

Resultados. Todos los pacientes habían recibido tratamientos tópicos y al menos dos sistémicos previos sin mejoría significativa. Algunos pacientes mantuvieron la dosis inicial, mientras que otros aumentaron la dosis a 500 µg/24 h. La mayoría experimentó efectos adversos menores, principalmente gastrointestinales e insomnio. No se reportaron efectos adversos graves. Un grupo de pacientes discontinuó el tratamiento por falta de respuesta, mientras que otros continuaron mostrando mejorías clínicas notables tras varios meses de seguimiento.

Discusión. Roflumilast se mostró como una alternativa terapéutica prometedora para el tratamiento del ECM refractario a los tratamientos convencionales. Los resultados preliminares sugieren una respuesta clínica favorable en varios pacientes, aunque se observó una alta incidencia de efectos adversos. La mejoría rápida, la naturaleza económica del medicamento y su disponibilidad de venta libre lo posicionan como una alternativa terapéutica, fuera de ficha técnica. Se requieren estudios adicionales para evaluar su eficacia y tolerancia a largo plazo.

52. LA MEJORÍA DEL PICOR EN LOS PACIENTES CON PRURIGO NODULAR TRATADOS CON DUPILUMAB SE CORRELACIONA CON LA MEJORÍA DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

M. Julia^a, S. Ständer^b, B.S. Kim^c, G. Yosipovitch^d, R. Ortiz Castillo^e, J. Zahn^f, y S. Wiggins^g

^a *Dermatologist. Hospital Basurto. Bilbao. España.* ^b *University Hospital Münster. Münster. Alemania.* ^c *Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York, NY.* ^d *University of Miami. Miami, FL. EE. UU.* ^e *Sanofi. Madrid. España.* ^f *Regeneron Pharmaceuticals Inc., Tarrytown, NY. EE. UU.* ^g *Sanofi. Reading. Reino Unido.*

Introducción. El prurigo nodular (PN) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por lesiones cutáneas intensamente pruriginosas y por un círculo vicioso de picor-rascado en el

que el rascado exacerba las lesiones, lo que a su vez intensifica el picor y el rascado. El objetivo del tratamiento es reducir el picor y las lesiones cutáneas.

Caso clínico. Para evaluar la relación entre la mejoría del picor y la mejoría de las lesiones cutáneas con el tratamiento con dupilumab, se aleatorizaron pacientes adultos con PN para recibir 300 mg de dupilumab cada 2 semanas o bien placebo en dos ensayos de fase 3 doble ciegos de 24 semanas de duración, LIBERTY-PN PRIME y PRIME2 (NCT04183335 y NCT04202679). La mejoría del picor y de las lesiones se evaluó mediante la escala de valoración numérica del peor picor (WI-NRS; puntuación de 0 [ningún picor] a 10 [el peor picor imaginable]) y la evaluación global del investigador del estado del PN (IGA PN-S; puntuación de 0 [ningún nódulo] a 4 [≥100 nódulos]), respectivamente.

Resultados. Se aleatorizaron 311 pacientes (dupilumab/placebo, N = 153/N = 158). El tratamiento con dupilumab mostró mejoras significativas del picor en la semana 24 en comparación con placebo, con una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con dupilumab frente a placebo mejorando la puntuación de la WI-NRS en ≥ 4 puntos (63,4 % frente a 23,4 %; p < 0,0001), ≥ 5 puntos (52,9 % frente a 16,5 %; p < 0,0001), ≥ 6 puntos (37,3 % frente a 12,0 %; p < 0,0001) y ≥ 7 puntos (22,2% frente a 8,2%; p = 0,0119). En el grupo de dupilumab, de los pacientes que lograron una mejoría en la WI-NRS de ≥ 4, 5, 6 o 7 puntos, el 55,7%, 59,3%, 64,9% y 64,7%, respectivamente, alcanzaron una IGA PN-S = 0/1 en la semana 24. La seguridad fue consistente con el perfil de seguridad conocido de dupilumab.

Discusión. El tratamiento con dupilumab mostró una proporción significativamente mayor de pacientes con una mejoría clínicamente significativa del picor. La proporción de pacientes que consiguieron una piel clara/casi clara fue mayor en los pacientes con mayor reducción del picor, lo que puede sugerir una relación entre el efecto sobre las lesiones y el picor en el PN.

53. PERSONALIDAD, RESILIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

F.J. León Pérez^a, B. Buendía García^b, C. García Moronta^a, B. Gutiérrez Martínez^c, S. Arias Santiago^a y T. Montero Vilchez^a

Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. ^aHospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bUniversidad de Granada. ^cDepartamento de Psiquiatría. Universidad de Granada. Granada. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel con alta prevalencia en la población. Al ser una enfermedad crónica de inicio en la infancia, interactúa con el desarrollo de variables psicológicas y afecta de manera significativa a la calidad de vida del paciente.

Objetivo. Evaluar el impacto biopsicosocial que presenta la DA en pacientes adultos, teniendo en cuenta el papel modulador de variables de personalidad, resiliencia y estrategias de afrontamiento.

Muestra y métodos. Estudio descriptivo transversal con pacientes afectados de DA, con un diagnóstico de 6 meses o más de duración, mayores o iguales a 18 años de edad.

Resultados. La gravedad de la DA se asoció significativamente a un aumento de sintomatología ansioso-depresiva, mayores niveles de neuroticismo, personalidad de tipo D, estilos de afrontamiento de tipo evitativo y bajas puntuaciones en responsabilidad. Mayores niveles de prurito se correlacionaron con menor capacidad autocrítica. Los pacientes con DA presentaron niveles elevados de resiliencia.

Conclusión. El estudio presente muestra el impacto biopsicosocial que presenta la DA en pacientes adultos, el cual se interrelaciona con ciertos rasgos de personalidad, el desarrollo de distintas maneras de afrontar los problemas y la capacidad de adaptarse a las adversidades. Esto pone en manifiesto la necesidad de entender el

abordaje terapéutico de la DA de manera holística, diseñando planes de actuación multidisciplinares que respondan a la complejidad del trastorno y sus efectos sobre la historia vital, funcionalidad y calidad de vida del individuo.

54. IMPACTO EN LA TOMA DE DECISIONES VITALES DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

C. García Moronta^a, L. Fuentes Barragán^b, F.J. León Pérez^a, C. Ureña Paniego^a, S. Arias Santiago^a y T. Montero Vílchez^a

^a*Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.*

^b*Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.*

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Otras patologías dermatológicas crónicas, como la psoriasis, influyen en la toma de decisiones vitales, sin embargo, no existen estudios previos que evalúen estos aspectos en la DA. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la DA en la toma de decisiones vitales.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en pacientes con DA de al menos 6 meses de evolución y una edad ≥ 18 años. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, así como la gravedad de la enfermedad utilizando el Eczema Area and Severity Index (EASI), el SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD), la escala de valoración numérica (NRS) del prurito y del sueño. Los pacientes se dividieron en función de la gravedad de la enfermedad en DA grave (EASI ≥ 21) o DA leve-moderada (EASI < 21). Las decisiones vitales se registraron mediante un cuestionario estructurado basado en una escala Likert de 4 puntos, que valoraba dimensiones laborales, educativas, sociales, reproductivas y sexuales, recreativas, de vivienda, hábitos de vida y consumo de sustancias.

Resultados. Se incluyeron un total de 104 pacientes con DA con una duración media de la enfermedad de 20,36 años (DE 15,18). Las decisiones vitales más afectadas fueron la forma de vestir (52,9%), el estilo de vida (48,1%) y la práctica de actividades deportivas (41,4%). Se observó que el impacto en estas decisiones era mayor en los pacientes con mayor gravedad de la enfermedad, especialmente en la forma de vestir (74,3% vs 42%, $p = 0,004$) y la socialización (48,6% vs 26,1%, $p = 0,002$).

Conclusiones. La DA influye significativamente en la toma de decisiones vitales, con un mayor impacto en los pacientes con mayor gravedad de la enfermedad. Esta información podría ser utilizada para optimizar la asistencia biopsicosocial de los pacientes que buscan atención por estos aspectos.

55. DISCORDANCIA ENTRE PROs Y CROs. ¿EXISTE UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD? GRUPO PRADA

S. Santos Alarcón^a, F.J. Mataix Díaz^b, L. Schneller-Pavelescu Apetrei^c, L. García Fernández^d, P. Soro Martínez^d, L. Berbegal de Gracia^e, I. Poveda Montoyo^e y J.F. Silvestre Salvador^e

Sección Dermatología. ^aHospital Virgen de los Lirios. Alcoy.

^bHospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa. ^cHospital Vega Baja. Orihuela. ^dHospital Universitario de San Juan de Alicante. San Juan de Alicante. ^eHospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

San Juan de Alicante. ^eHospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Antecedentes. El Proyecto PRADA (PRoyecto Alicante en Dermatitis Atópica) es un grupo de trabajo de varios centros de la provincia de Alicante centrado en el estudio de las características clínicas, características asociadas al tratamiento y de calidad de vida de los pacientes. En él se recogió que entre el 39% al 71% de los pacientes alcanzaban un control de la enfermedad de forma óptima, según MDA (Minimal Disease Activity), según si se cumplía todas las varia-

bles posibles, tanto clínicas CRO (Clinical Reported Outcome), como subjetivas PRO (Patient Reported Outcome); o si se cumplía al menos una de cada grupo.

Objetivo. Evaluar los factores asociados en la discordancia entre pacientes con control óptimo según MDA de EASI < 3 y PRURITO 0-1, y la discordancia entre pacientes con EASI < 3 y PRURITO no controlado.

Método. Análisis descriptivo de ambos grupos, y comparación entre ellos.

Resultados. Los pacientes con EASI < 3 y PRURITO 0-1 son el 41,81%; mientras que pacientes sin control de picor y con control de eczema son el 23,28% del total. Los pacientes con "EASI < 3 " controlado pero sin picor controlado tienden a ser ligeramente mayores (37,8 años) y predominan los hombres (54%), mientras que aquellos con ambos "EASI < 3 " y "PRURITO 0-1" controlados son un poco más jóvenes (35,1 años) y tienen una mayor proporción de mujeres (51%). Ambos grupos muestran una prevalencia similar en cuanto a IMC normal, hipertensión, dislipemia, síndrome metabólico y eventos cardiovasculares. Sin embargo, hay una menor prevalencia de diabetes mellitus en el grupo con PRURITO 0-1. Ambos grupos comparten el predominio del fenotipo "Early onset" y la forma inflamatoria de dermatitis atópica, con una distribución generalizada siendo ligeramente más común en el grupo con PRURITO 0-1.

Conclusión. ¿Podría existir algún factor asociado a la enfermedad, como el tiempo de evolución de la enfermedad, o el tiempo de inicio de la terapia avanzada, que pueda justificar esta diferencia?

56. ESCUELAS DE PACIENTES PARA DERMATITIS ATÓPICA: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN ADULTOS JÓVENES

M. Loro Pérez^a, R. Gullón Gastón^a, Á.M. Rosell Díaz^a, J.L. Castaño Fernández^a, M. Carabel Lahera^b y M. Elosua González^a

^a*Servicio de Dermatología. ^bServicio de Alergia. Hospital*

Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Introducción. Las escuelas de pacientes forman parte de la base de tratamiento de dermatitis atópica (DA), sin embargo, pocos pacientes se benefician de ellas.

Objetivos. Evaluar la calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva, satisfacción con la intervención y funcionamiento social, personal, emocional y laboral de una muestra de pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años que participan en una escuela de pacientes de DA en un hospital de la Comunidad de Madrid.

Materiales y métodos. Se diseñó un programa de 3 sesiones de 2 horas de duración cada dos semanas. Se invitó a participar a 23 pacientes de entre 18 y 25 años con DA grave, de los cuales 11 pacientes aceptaron. Nueve pacientes acudieron a la primera sesión, 7 a la segunda y 7 a la tercera. Se llevó a cabo una evaluación de la calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva, percepción subjetiva de la enfermedad y prurito mediante las escalas DLQI, HADS, POEM y NRS prurito respectivamente. Además, previa a cada una de las sesiones se evaluó el funcionamiento social, personal, emocional y laboral de cada uno de los pacientes, y al finalizar las sesiones se evaluó la satisfacción con la escuela de pacientes. Finalmente, se realizó un cuestionario de conocimiento de la enfermedad antes de la realización de la primera sesión y tras finalizar la última.

Resultados. Debido al tamaño muestral, no se realizó un análisis estadístico de la evolución de los resultados de las dimensiones evaluadas. Se presenta una gráfica en el que se muestra la evolución de los participantes. De los 11 pacientes que aceptaron participar en la escuela, seis eran varones con una edad media de 23,8 años. Cuatro participantes estaban en tratamiento con upadacitinib, 2 con dupilumab, 1 con tralokinumab y 1 con ciclosporina.

Conclusiones. Los resultados obtenidos en las escalas se mantienen estables en todos los pacientes, todos mostraron una elevada satisfacción en relación a las sesiones y una evolución favorable del funcionamiento en diferentes áreas de funcionamiento. Creemos

que la incorporación de escuelas de pacientes en la práctica clínica diaria es esencial para el tratamiento efectivo de pacientes seleccionados con DA.

57. EVALUACIÓN DE LAS PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA Y PSORIASIS

S. Merino Molina, J.A. Suárez Pérez, G.G. Garriga Martina, R. Castillo Muñoz, E. A. Martínez García y E. Herrera Acosta

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

Antecedentes y objetivos. La dermatitis atópica (DA) y la psoriasis son patologías crónicas que habitualmente requieren terapias de mantenimiento. En este trabajo se pretenden evaluar las preferencias del paciente en cuanto a las distintas modalidades de tratamiento.

Material y métodos. Se realiza un estudio transversal con un cuestionario mediante código QR, que el paciente cumplimenta antes de la consulta. Se incluyen 40 pacientes con psoriasis y 23 pacientes con DA. El reclutamiento continuará abierto hasta completar 40 pacientes con DA, para comparar ambos grupos.

Resultados. Se incluyen 40 pacientes con psoriasis y 23 con DA en tratamiento sistémico. De ellos 39 (61,9%) son varones y 24 (38,1%) son mujeres. La edad media es de $50,68 \pm 14,17$ años. En el grupo de psoriasis, al evaluar preferencias en la vía de administración del fármaco, 14 pacientes (35%) prefieren la vía oral, 17 (42,5%) la subcutánea, 5 (12,5%) la tópica y 4 (10%) la intravenosa; 32 pacientes (80%) prefieren administrarse el medicamento en el domicilio, 6 (15%) en consultorio o centro privado y 2 (5%) en el hospital. Ocho pacientes (20%) prefieren que sea administrado por un familiar, 9 (22,5%) por personal sanitario y 23 (57,5%) por ellos mismos. En el grupo de DA, 16 pacientes (69,6%) prefieren la vía oral, 4 (17,4%) la subcutánea, 2 (8,7%) la tópica y un paciente la intravenosa. 18 pacientes (78,3%) prefieren que el medicamento se le administre en el domicilio, 3 (13%) en consultorio o centro privado y 2 (8,7%) en el hospital. Dos pacientes (8,7%) prefieren que sea realizado por un familiar, 5 (21,7%) por personal sanitario y 16 (69,6%) por ellos mismos. En cuanto a la toma de decisiones, en el grupo de psoriasis, 11 pacientes (27,5%) desean participar en la elección terapéutica, el resto prefiere que el facultativo decida. Sin embargo, el 85% ($n = 34$) refiere haber sido tenido en cuenta para decidir. En el grupo de DA, 16 pacientes (69,6%) afirman que les gustaría participar en la decisión, y el 73,9% ($n = 17$) considera que se ha tenido en cuenta su opinión.

Conclusiones. La DA y la psoriasis son patologías frecuentes que a menudo implican un gran impacto emocional, siendo importante ofrecer una medicina personalizada que tenga en cuenta no solo la efectividad de un tratamiento, sino también las preferencias de cada paciente en cuanto al tipo o forma de administración.

PÓSTERES

Dermatitis atópica

P1. CONSULTA DE ENFERMERÍA: EL DÍA A DÍA EN DERMATITIS ATÓPICA

M.C. Pérez Llorente, B. Velázquez García y M. Bermejo Barquero

Dermatología. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria de base genética, heterogénea y multifactorial, de curso cróni-

co y recurrente que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas de morfología y distribución característica, piel seca y picor intenso, y que afecta a todos los ámbitos de la persona que lo padece. Los cuidados de la piel están asociados al control de brotes de DA. Actualmente, la existencia de la consulta de enfermería dermatológica surge como una necesidad en nuestro ámbito sanitario.

Objetivos. El principal objetivo es mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes que padecen DA, con una atención personalizada y holística para conseguir la aceptación y convivencia con su situación de salud, siendo un instrumento útil para conseguirlo esta consulta.

Metodología. En una primera visita se realiza una valoración completa del paciente incluyendo constantes, escalas de valoración de enfermedad, calidad de vida y salud mental. Analizados estos datos se propone cuidados de la piel en el día a día de forma personalizada. En visitas posteriores se actualizan escalas y cuidados, y se evalúa la satisfacción del paciente.

Resultados. Se evalúa mediante encuestas a los pacientes el grado de adquisición de conocimientos, adherencia al tratamiento y satisfacción. Pensamos, que la consulta de enfermería supone un marco para garantizar que se aborden todos los elementos pertinentes ya que permite un mayor enfoque al monitorizar el curso de la enfermedad y el apoyo al paciente.

P2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN LOS ADOLESCENTES EVIDENCIADO MEDIANTE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Á. Flórez Menéndez^a, N. Vicho de la Fuente^b, R. Rodríguez González^c, I. Coyne^d, G. Sheaf^e y A. Martínez Santos^f

^a*Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.* ^b*Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fingoi. Lugo.*

^c*Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública,*

Enfermería y Medicina. Facultad de Enfermería. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña.

^d*School of Nursing & Midwifery. Trinity College Dublin.*

^e*The Library of Trinity College. Dublin. Trinity College Dublin.*

^f*Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y Podología. Ferrol. Universidad de A Coruña. Ferrol. A Coruña. España.*

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica frecuente en la población pediátrica y adolescente. Se trata de una patología que puede asociarse con múltiples comorbilidades, especialmente en los casos moderados y graves. El objetivo del estudio fue analizar la evidencia científica disponible sobre el impacto psicosocial de la DA en adolescentes y proponer un plan enfermero de cuidados basado en las necesidades detectadas.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática mediante la metodología PRISMA. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos CINAHL, Embase, MEDLINE, PsycInfo y Web of Science mediante las palabras clave "atopic dermatitis", "adolescent" e "impact". Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 12 artículos. La calidad de las investigaciones fue medida a través del Mixed Methods Assessment Tool.

Resultados. La DA impacta notablemente en la vida diaria de los adolescentes, destacando la salud mental y social, viéndose más afectadas a mayor gravedad de la enfermedad. Los niveles de ansiedad, depresión y alteraciones del comportamiento son mayores en comparación con los adolescentes que no padecen DA. Socialmente, las relaciones con los demás, especialmente sus pares y progenitores, se ven dañadas. A nivel escolar, un menor rendimiento y un mayor absentismo escolar suponen un desafío en esta población.

Discusión. La adolescencia es una etapa única del desarrollo humano e importante para sentar las bases de una buena salud. Las ne-

cesidades psicosociales detectadas en los adolescentes con DA son numerosas. Dado el papel de las enfermeras dentro del equipo interdisciplinar, se propone un plan enfermero de cuidados basado en los desafíos evidenciados más comunes a los que se enfrenta este colectivo de pacientes.

P3. FENÓMENO FLIP-FLOP: CAMBIO FENOTÍPICO DE DERMATITIS ATÓPICA A PSORIASIS DURANTE EL TRATAMIENTO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

A.M. Almodóvar Real, M. Bergón Sendín, A. Pulido Pérez, L. Barchino Ortiz y R. Suárez Fernández

Dermatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) y la psoriasis (PS) son enfermedades con diferentes polarizaciones inmunes, mecanismos y tratamientos específicos.

La DA surge de una respuesta inmune sistémica mediada por Th2 y altos niveles de IL-4 e IL-13. En la PS la inflamación está dominada por la polarización Th1 y Th17 y sus citoquinas IL-17 e IL-22, IL12, IL-23 entre otras. ¿Pero podrían tratarse de un espectro común de enfermedades a pesar de diferentes polarizaciones inmunes? Es una hipótesis controvertida, ya que existen características coincidentes y opuestas de la DA y la PS desde varias perspectivas.

Conocido es el overlap DA/PS o fenotipos “no puros”. Más recientemente se ha descrito el cambio fenotípico o fenómeno flip-flop (FF) de DA a PS bajo terapia biológica, sobre todo el cambio de DA a PS en tratamiento con dupilumab, en aproximadamente el 1,7% de los casos, 2 y 18 meses después del inicio del tratamiento y en pacientes con inicio de DA en infancia.

Discusión. El bloqueo terapéutico específico de ciertas citocinas o sus receptores produce modificaciones inmunológicas: beneficio fisiopatológico y en algunos casos reacciones “paradójicas” inducidas al bloquear la vía Th2. Esto podría provocar una polarización o “viraje” hacia Th1/Th17, vías relacionadas con la PS con la IL-23 como regulador clave que pueden explicar estas reacciones FF e incluso otras como la “cara roja”, o la artritis/entesitis descritas en el contexto de DA en tratamiento con inhibidores IL4/13.

Aunque aún no se ha dilucidado la patogenia del FF, se necesitan conocer las características para predecir su desarrollo y aplicar estrategias de tratamiento para prevenirla en pacientes predispuestos: terapias dirigidas combinadas que abarcan ambos ejes inmunológicos o valorar el papel de los inhibidores de JAK-STAT.

P4. VENTANA DE OPORTUNIDAD EN DERMATITIS ATÓPICA: IMPACTO DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN LA GRAVEDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

D. Muñoz Barba, S. Haselgruber-de Francisco, C. Ureña-Paniego, S. Arias Santiago y T. Montero Vílchez

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

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por un intenso prurito y lesiones ecematosas en localizaciones típicas. El debut habitualmente tiene lugar en la infancia o adolescencia, pudiendo persistir o comenzar durante en la edad adulta. El curso crónico de esta patología parece influir de manera negativa tanto en la gravedad de la enfermedad como en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Objetivo. Evaluar el impacto del tiempo de evolución de la DA en la gravedad y en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos. Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con DA moderada-grave de un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables sociodemográficas, variables relacionadas con el curso y la gravedad de la DA, y variables para objetivar el impac-

to en la calidad de vida de los pacientes. Se establecieron correlaciones entre las variables mencionadas y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Resultados. Se incluyeron 104 pacientes con DA con una edad media de 38,65 años (16,77 DE). El 55,77% (58/104) de los pacientes incluidos fueron mujeres. La mayoría de los pacientes presentaban una enfermedad moderada-grave, reflejada en una puntuación media del EASI de 14,29 puntos y del SCORAD de 36,98 puntos. Se observó una correlación positiva entre el tiempo de evolución de la enfermedad y varias escalas de gravedad: EASI ($r = 0,213$, $p = 0,03$), BSA ($r = 0,297$, $p = 0,003$) y DLQI ($r = 0,214$, $p = 0,029$).

Conclusión. Los pacientes con DA con mayor tiempo de evolución parecen presentar mayor gravedad de la enfermedad y peor calidad de vida. Consideramos fundamental realizar un abordaje precoz de la DA en lo consideramos ventana de oportunidad, con los objetivos de reducir la progresión de la patología, minimizar los síntomas y mejorar el bienestar general de los pacientes a medio y largo plazo.

P5. DESEO GESTACIONAL EN MUJERES CON DERMATITIS ATÓPICA

J.Á. Rodríguez Pozo, T. Montero Vílchez, P. Díaz Calvillo, M. Sánchez Díaz, A. Soto Moreno y S. Arias Santiago

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

La dermatitis atópica es una enfermedad de la piel muy prevalente que puede afectar al 17% de la población. Dado a la sintomatología tan limitante, tiene un alto impacto en la calidad de vida pero hay poca información acerca de cómo afecta en concreto a la esfera reproductiva de los pacientes especialmente a las mujeres donde esta juega un rol central. Por ese motivo se ha llevado a cabo un estudio transversal donde a través de cuestionarios online se entrevistó a 102 mujeres de la Asociación Española de Dermatitis atópica acerca del impacto de su enfermedad en sus deseos gestacionales entre febrero y marzo de 2022.

En total, el 51% (52/102) de las mujeres pensaban que su enfermedad podía influir en su deseo reproductivo. En nuestra muestra, el 32,4% (33/102) de las mujeres ya tenían un hijo, mientras que al 42,2% (43/102) de ellas les gustaría tener más hijos. De hecho, el 44,1% (45/102) utilizaba métodos anticonceptivos. Solo el 28,9% (11/38) de las mujeres hablaron de sus deseos gestacionales con su dermatólogo. Se observaron varias diferencias entre las mujeres en cuanto a si la dermatitis atópica podía influir en su deseo reproductivo. La mayoría de las que creían que su patología no influenciaba en el deseo gestacional ya estaban casadas. También se observó un deterioro significativo del deseo gestacional en las mujeres con enfermedad glútea. No se encontraron otras diferencias en cuanto a edad, nivel educativo tabaquismo, consumo de alcohol, PO-SCORAD o enfermedad genital. En conclusión, la dermatitis atópica podría influir en los deseos gestacionales de las mujeres y hacen falta más estudios en esta dirección para profundizar en este aspecto de tanta importancia sociosanitaria.

P6. IMPACTO DE LA GRAVEDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN LA ACTIVIDAD FÍSICA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN ADULTOS

R. Sanabria de la Torre^a, S. Arias Santiago^b, C. Ureña Paniego^b, J. Muñoz Baeza^c y T. Montero Vílchez^b

^aDepartamento de Bioquímica, Biología Molecular III e Inmunología. Universidad de Granada. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^cDepartamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) se ha relacionado con molestias cutáneas, prurito crónico, así como síntomas depresivos

y ansiedad, todo lo cual puede dar lugar a una reducción de los niveles de actividad física (AF).

Objetivo. El objetivo de este estudio fue investigar el impacto de la gravedad de la DA y del prurito crónico en la AF de los adultos con DA.

Métodos. Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con DA. La AF se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física (CIAF). La gravedad de la DA se calculó mediante las escalas SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD), Eczema Area and Severity Index (EASI), Investigator Global Assessment (IGA), Numerical Rating Scale (NRS) para el picor, Patient Oriented Eczema Measure (POEM) Dermatology Life Quality Index (DLQI) y Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT).

Resultados. Se incluyeron 124 pacientes con DA, con una edad media de 35 ± 16 años, un índice de masa corporal medio de 25,09 ± 6,10, siendo el 59,7% (74/124) mujeres. Los pacientes presentaban enfermedad moderada, reflejada en SCORAD 31,43 ± 23,12, EASI 11,44 ± 11,64, IGA 1,85 ± 1,21 y NRS picor 5,15 ± 3,29. La puntuación POEM media fue de 12,46 ± 7,79, DLQI 6,84 ± 5,72 y ADCT 8,78 ± 6,23. El 51,61% (64/124) de nuestra población mostró un patrón de AF moderado, seguido del 28,23% (35/124) con un patrón de AF bajo, y la menor proporción de pacientes mostró un patrón de AF vigoroso 20,16% (25/124).

Una mayor gravedad de la DA se asoció a una menor AF, lo que se reflejó en una asociación negativa entre la puntuación del IPAQ y POEM ($r = -0,234$, $p = 0,015$), DLQI ($r = -0,251$, $p = 0,018$), ADCT ($r = -0,254$, $p = 0,009$), IGA ($r = -0,104$, $p = 0,05$), SCORAD ($r = -0,124$, $p = 0,05$) y NRS picor ($r = -0,234$, $p = 0,003$). Además, los pacientes con puntuaciones EASI más altas caminan menos minutos al día que los pacientes menos graves ($p = 0,005$). Por otro lado, los pacientes con prurito más grave evaluado por NRS picor tienden a caminar menos minutos diarios ($p = 0,002$) y semanales ($p = 0,015$) y a realizar AF menos intensa diaria ($p = 0,009$) y semanalmente ($p = 0,015$).

Conclusiones. Los pacientes con mayor gravedad de la DA presentan niveles más bajos de AF y más altos de sedentarismo. El prurito ejerce una influencia perjudicial sobre la realización de AF vigorosa y de actividades diarias como caminar en los pacientes con DA.

P7. MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA EN UNA SERIE DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS O INHIBIDORES DE JANUS KINASAS: SEGUIMIENTO DE UN AÑO

V. Rocamora Durán^a, G. Mercadal Orfila^b, P. Ventayol Bosch^c, M. E. Escrivá Sancho^d, S. Herrera Pérez^e, M. Bello Crespo^f, A. Vila Payeras^g y M.A. Maestre Fullana^f

^aServicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Manacor.

^bServicio de Farmacia. Hospital Mateu Orfila. Maó. ^cServicio de Farmacia. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. ^dServicio de Dermatología. Hospital Mateu Orfila. Maó. ^eIlles Balears. ^fFacultad de Ciencias de la Salud, Comité científico Naveta Healthcare.

Universidad de Valencia. Valencia. ^gServicio de Farmacia. Hospital de Manacor. Manacor. Illes Balears. España.

Objetivo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad y seguridad de las terapias biológicas (dupilumab, tralokinumab) y los inhibidores de janus kinasas (JAKi) en el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) y su impacto en la calidad de vida.

Materiales y métodos. Entre abril de 2021 y agosto de 2022, se siguieron durante un año a pacientes de tres hospitales de la misma comunidad autónoma. Todos los pacientes incluidos habían experimentado fracaso del tratamiento con ciclosporina o mostraban intolerancia a la misma. Se prescribió terapia biológica (dupilumab o tralokinumab) o JAKi (upadacitinib) para el tratamiento de la DA. Se utilizaron cuestionarios remotos, incluyendo el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), la Escala Numérica de Evaluación (NRS) para picazón, la Medida Orientada al Paciente para Eczema

(POEM), el Índice de Calidad de Vida para DA (QoLIAD) y un cuestionario de efectos secundarios autoinformados.

Resultados. Se reclutaron 66 pacientes: el 48% mujeres, con una edad media de 35,5 años (19-86 años) y un índice de masa corporal medio de 24,5 mg/m². En promedio, realizaban 1,8 horas diarias de actividad física moderada (0,5-8 horas). El 29,69 % eran divorciados o solteros, el 63,4 % en activo, el 19,6 % nunca consumían alcohol y el 21,41 % eran fumadores. Todos los pacientes habían comenzado con dupilumab tras el fracaso con ciclosporina. A los 12 meses, hubo una mejora significativa en el impacto de la dermatitis atópica, medida por la reducción en los siguientes puntajes: DLQI de 8,18 puntos ± 4,9 a 2,25 ± 1,6 ($p = 0,002$); NRS picazón de 5,9 puntos ± 3,9 a 2,29 ± 1,3 ($p = 0,0056$); POEM de 11,47 puntos ± 9,4 a 4,5 ± 1,2 ($p = 0,002$); QoLIAD de 9,1 puntos ± 7,5 a 3,4 ± 2,2 ($p = 0,0004$); 5D Pruritus de 13,7 puntos ± 4,3 a 9 ± 3,5 ($p = 0,0004$). Después de un año de tratamiento, solo el 7,5 % de los pacientes reportaron eventos adversos leves, relacionados con el sitio de inyección o leves molestias oculares. Se recogió una satisfacción de 9,3 ± 0,9 sobre 10 puntos con la atención de teleasistencia.

Conclusiones. En este estudio, la utilización de medicamentos biológicos o JAKi resultó en una notable mejora de la calidad de vida, especialmente en la picazón y la ansiedad e insomnio. Los hallazgos sugieren un perfil de seguridad favorable y una alta satisfacción con un modelo dual de atención presencial/telemática.

P8. IMPACTO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS E INHIBIDORES DE LA VÍA JAK EN LA FUNCIÓN DE BARRERA CUTÁNEA DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

R. Sanabria de la Torre^a, J. Muñoz Baeza^b, C. Ureña Paniego^c, S. Arias Santiago^c y T. Montero Vilchez^c

^aDepartamento de Bioquímica, Biología Molecular III e Inmunología. Universidad de Granada. ^bDepartamento de Medicina. Universidad de Granada. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) se caracteriza por una disfunción de la barrera cutánea que se agrava con la intensidad de los síntomas. Aunque se ha demostrado que los fármacos biológicos y los inhibidores de JAK (iJAK) son efectivos para reducir la gravedad de la DA y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su impacto en la homeostasis cutánea aún no está bien estudiado. Por ello, este estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de estos fármacos en la función de la barrera cutánea en pacientes con DA.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo con pacientes que presentaban DA moderada a grave, con una duración mínima de seis meses, y que iban a iniciar tratamiento con un fármaco biológico o un iJAK. La función de la barrera cutánea se evaluó objetivamente tanto en un área eczematosa como en piel sana del antebrazo volar. Las mediciones de los parámetros de la función barrera se realizaron al inicio del tratamiento y a las 4, 16 y 32 semanas posteriores. Los parámetros evaluados incluyeron la pérdida transepidérmica de agua (TEWL), la hidratación del estrato córneo (SCH), el eritema y la temperatura cutánea.

Resultados. Se incluyeron 53 pacientes (50,9% mujeres) con una edad media de 32,09 años (DE 16,35). Los pacientes fueron clasificados según su tratamiento en tratados con dupilumab(D), tralokinumab(T), baricitinib(B) y upadacitinib(U). Los pacientes fueron clasificados según su tratamiento en cuatro grupos: dupilumab (D), tralokinumab (T), baricitinib (B) y upadacitinib (U). En todos los grupos, la TEWL disminuyó desde la medición inicial hasta la final: (D) 20,5 vs 15,8, (T) 24 vs 20,4, (B) 30,1 vs 19,8, (U) 22,2 vs 14,9 g/m/h ($p < 0,05$). Similarmente, el eritema se redujo en todos los grupos: (D) 369 vs 348, (T) 334 vs 224, (B) 403 vs 269, (U) 375 vs 304 unidades arbitrarias (UA). Además, la SCH aumentó tras 32 semanas de tratamiento: (D) 26,3 vs 30,7, (T) 17,8 vs 42,6, (B) 6,67 vs 10, (U) 24,1 vs 25,8 UA.

Conclusión. Los fármacos evaluados mejoraron la función de barrera cutánea en los pacientes con DA, reflejado en una disminución de la TEWL y el eritema, así como el aumento de la SCH.

P9. ¿CÓMO AFECTA LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES EN EL CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA?

P. Díaz Calvillo, J.Á. Rodríguez Pozo, S. Arias Santiago y T. Montero Vílchez

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

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es un trastorno inflamatorio crónico de la piel asociado a una compleja constelación de signos, síntomas y comorbilidades. La gravedad y la extensión de la DA varían significativamente entre los pacientes, influyendo en la calidad de vida y la efectividad de los tratamientos. Se ha observado que la localización de las lesiones puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, de forma independiente de la gravedad global de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar cómo afecta la localización de las lesiones al control de la DA.

Material y métodos. Estudio transversal realizado en un hospital de tercer nivel en el que se incluyeron a pacientes adultos con DA grave. Se recogieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes y se identificaron las áreas corporales afectas. El control de la enfermedad se evaluó con la herramienta de control de la dermatitis atópica (atopic dermatitis control tool, ADCT).

Resultados. Se incluyeron 53 pacientes en el estudio, con una edad media de 32,09 (16,35 DE), siendo 50,9% (27/53) varones. Los pacientes reportaron un mal control de la enfermedad reflejado en una media del ADCT de 14,22 (6,36 DE). Se observó que la presencia de afectación genital se relacionaba con un peor control de la DA (16,29 vs 12,00, $p = 0,057$). El componente del ADCT más afectado fue el número de noches con problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido.

Conclusión. La afectación de los genitales supone un peor control de la enfermedad en los pacientes con DA. Es importante identificar a los pacientes que presentan lesiones en localizaciones especiales, que independientemente de la gravedad de la enfermedad, requieren terapias sistémicas para el control de su patología.

P10. TERAPIAS NOVEDOSAS EN DA: NUESTRA EXPERIENCIA EN VIDA REAL

J. García Sanz, C. Manzanos Yustas, M. Recio Monescillo, B. Ruffin Vicente, M.D. Mendoza Cembranos, L. Requena Caballero, D.I. Santiago Sánchez-Mateos, M.A. Pastor Nieto, I. Alcaraz León y R. García Castro

Servicio de Dermatología MQ. y Venereología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes y objetivo. La disponibilidad de fármacos biológicos como dupilumab (2020) y tralokinumab (2022) y pequeñas moléculas como los inhibidores de JAK quinasas (iJAK), upadacitinib (2022) entre otros, han modificado radicalmente la manera de tratar la dermatitis atópica (DA) en los últimos años. Existen ensayos clínicos que avalan su eficacia y ofrecen datos de seguridad (SOLO, ECZTRA y MEASURE; respectivamente), pero solo se ha realizado un ensayo clínico head-to-head entre los fármacos disponibles, concretamente dupilumab, upadacitinib (HEADs UP). Puesto que no existen hasta la fecha comparativas directas, nuestro objetivo será analizar de forma comparativa los resultados en términos de perfil de paciente, eficacia, seguridad y supervivencia del fármaco.

Métodos. Realizaremos un estudio observacional retrospectivo, incluyendo en nuestro análisis a todos aquellos pacientes que hayan recibido algún tratamiento biológico (dupilumab y/o tralokinumab) y/o iJAK (upadacitinib) durante al menos 12 meses por DA moderada-grave. Se recogerán variables demográficas de edad, sexo, comorbilidad atópica y tratamientos previos recibidos; así como la evolución de parámetros de gravedad (EASI, PGA, NRS) prurito y efectos adversos acontecidos durante el tratamiento que pudieran justificar cambios, suspensiones o modificaciones en la pauta terapéutica.

Resultados y conclusiones. Por evaluar.

Limitaciones y fortalezas. Conocemos las limitaciones de realizar comparaciones indirectas no ajustadas entre tratamientos y los sesgos que pueden acarrear, más aún tratándose de experiencia en vida real y de poblaciones que quizá no sean comparables entre sí. Pero este trabajo tiene como objetivo revisar el perfil de paciente que hemos tratado con cada fármaco, así como la eficacia, la seguridad y supervivencia de los mismos en vida real

P11. EFECTOS SECUNDARIOS EN PRÁCTICA REAL DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE. ¿ES LA EDAD UN FACTOR DETERMINANTE?

G. Servera Negre^a, R. Escudero Tornero^a, J.M. Busto Leis^a, N. Hernández Cano^a, M. Feito Rodríguez^a, M.Á. González Fernández^b, A. Martín Santiago^c, R. de Lucas Laguna^a y P. Herranz Pinto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Introducción. La aprobación de fármacos biológicos e inhibidores JAK ha supuesto una revolución en el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica (DA) grave. Los datos de ensayos clínicos y series de práctica real apuntan a un excelente perfil de seguridad pero la evidencia sobre la incidencia y gravedad de diferentes eventos adversos (EAs) en diferentes grupos de edad es limitada.

Material y métodos. Estudio retrospectivo con el objetivo de describir la incidencia y gravedad de EAs en un hospital de tercer nivel, a partir de los registros de tratamientos con dupilumab, tralokinumab, abrocitinib, baricitinib o upadacitinib indicados para la DA. Se analizaron las diferencias entre fármacos y 3 subgrupos de edad: niños (0-11 años), adolescentes (12-17 años) y adultos (a partir de 18 años).

Resultados. Se incluyeron un total de 462 tratamientos (68 en niños, 68 en adolescentes y 326 en adultos), 307 (un 66,45%) eran naïve. El tratamiento más prescrito fue dupilumab ($n = 236$), seguido de upadacitinib ($n = 105$) y tralokinumab ($n = 67$). Se registró algún EA en 149 (un 32,2%), de los que 15 (10,1%) motivaron la suspensión del tratamiento. La incidencia fue significativamente inferior en niños y adolescentes ($p < 0,001$), en los que ningún EA motivó la suspensión del tratamiento. Los EAs más frecuentes y graves con los fármacos biológicos fueron la enfermedad de superficie ocular (OSD) y el eccema facial paradójico. En el caso de dupilumab, la incidencia de ambas fue significativamente menor en edad pediátrica ($p < 0,01$). En el caso de los inhibidores JAK destacaron las erupciones acneiformes (más frecuentes que con los biológicos; $p < 0,001$), las infecciones herpéticas y la cefalea, sin diferencias significativas entre fármacos.

Discusión. La mayoría de EAs fueron de carácter leve. No se reportó ningún caso de trombosis, evento cardiovascular mayor, infección grave o neoplasia. Los EAs más frecuentemente reportados parecen tener una incidencia y gravedad menores en niños y adolescentes, con diferencias significativas en cuanto a la OSD por dupilumab que podrían atribuirse al uso de medidas profilácticas.

Futuros estudios prospectivos podrían contribuir a definir mejor la epidemiología de los EAs menos frecuentes con cada fármaco y en cada subgrupo de edad.

P12. VALORACIÓN DEL EFECTO CLÍNICO E INFLAMATORIO DE LA AFECTACIÓN CONJUNTIVAL POR DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA. UN ESTUDIO PERTENECIENTE A BIOBADALER

L. Zubiaga Fernández^a, C.A. Linero^b, C.J. Aranda Clemente^c, C. Mayorga Mayorga^c, J.A. Suárez Pérez^d e I. Eguiluz Gracia^a

^aAlergología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

^bOftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. ^cBIONAND. IBIMA. ^dDermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción/objetivos. Dupilumab (DU) es un tratamiento efectivo tanto para la dermatitis atópica (DA) como para otras patologías tipo 2, pero se asocia con alteraciones oculares solo en pacientes con DA. Se desconoce el perfil inmunológico de la conjuntivitis inducida por DU. Investigamos el efecto de DU en la conjuntiva de pacientes con DA, comparándolo con otros tratamientos sistémicos para DA grave y con DU en pacientes con asma (AS).

Métodos. Definimos DA grave con un Eczema Area and Severity Index (EASI) >23 puntos. Participaron pacientes con DA grave en tratamiento con DU (DA-DU) y ciclosporina (DA-CY). Reclutamos sujetos con DA moderada (EASI 6-18 puntos) en terapia tópica (DA-TOP) e individuos con AS en tratamiento con DU sin patología cutánea (AS-DU). La duración del tratamiento fue ≥ 3 meses. Calculamos el Ocular Surface Disease Index (OSDI) y realizamos exámenes oculares a todos. Se recolectaron muestras de lágrimas bilaterales y se midieron moléculas inflamatorias mediante OLINK®.

Resultados. Reclutamos 20 individuos con DA-DU, 10 con DA-CY, 10 con DA-TOP y 10 con AS-DU. La mediana de EASI en pacientes con DA grave y DA-TOP fue de 26 y 14 puntos, respectivamente ($p < 0,001$). El EASI basal no mostraba diferencias significativas entre los diferentes grupos. El 10% (2/20) de los pacientes con DA-DU presentaron OSDI alterado (vs 0% en el resto de grupos). El 65% (13/20) de los pacientes con DA-DU tuvieron un examen conjuntival alterado ($p < 0,01$), significativamente superior al resto de grupos. El análisis de lágrimas reveló que CXCL9, HO-1, GZMA, IL-8, IL-18 y CASP-8 aumentaron de forma significativa en pacientes con DA-DU ($p < 0,001$).

Conclusiones. El 65% de los pacientes con DA-DU presentan alteraciones conjuntivales, aunque solo el 10% reporta síntomas oculares. Esta proporción es significativamente mayor que en individuos con DA grave o sujetos que reciben DU para el asma. El perfil inflamatorio en las lágrimas de pacientes con DA-DU sugiere la participación de células citotóxicas, células asesinas naturales o neutrófilos en la conjuntivitis inducida por DU.

P13. TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN PACIENTES MENORES DE 6 AÑOS: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

J. Carrasco Muñoz, I. Albert Cobo, N. Domínguez Lirón, J.F. Silvestre Salvador, I. Betlloch Mas y L. Berbegal de Gracia

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. España.

Antecedentes y objetivos. El dupilumab ha demostrado su eficacia y seguridad en ensayos clínicos (EECC) para tratar la dermatitis atópica (DA) en pacientes menores de 6 años. La información disponible en vida real aún es escasa. Aportamos nuevos datos obtenidos de nuestra experiencia.

Material y método. Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con DA menores de 6 años en tratamiento con dupilumab por lo menos durante 12 semanas en el Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Se ha analizado la efectividad mediante las escalas EASI, SCORAD, NRS de picor y NRS de sueño en las semanas 12, 24, 52 y >100 (según disponibilidad), así como los efectos adversos.

Resultados. Se han incluido 11 pacientes (7 niños y 4 niñas), con una edad media de 4 años (DS 1,3), un EASI medio de 19,8 (DS 9,3), SCORAD de 62,35 (DS 13,7), NRS de picor de 9,5 y NRS de sueño de 8,37 (DS 3,5). Todos los pacientes habían recibido tratamiento con corticoides tópicos y orales previamente, y 8 también con inmunomoduladores tópicos. La dosis de dupilumab se administró según ficha técnica (300 mg/28 días en 10 pacientes y 200 mg/28 días en uno). Se observó una reducción en el EASI en la semana 12 (un 72% alcanzaron un EASI 75) así como en el resto de escalas de gravedad y con una mejora sostenida en los 6 pacientes que alcanzaron > 100 semanas de tratamiento (83% EASI 75 y 50% EASI 90). Los efectos adversos se han detectado en 6 casos (54,5%) siendo leves y autolimitados.

Discusión. Nuestra serie demuestra una efectividad a corto plazo similar a las referidas en los EECC1 y en vida real. A largo plazo, nuestros datos son similares a los del único estudio publicado (EECC de extensión OLE3) que muestra que cerca de 60% de pacientes alcanzan un EASI 90 y 79% un EASI 75 en la semana 52. Los efectos adversos detectados han sido leves, y no han requerido la suspensión del fármaco, a diferencia de lo que ocurre en niños mayores de 6 años y en otras series.

Conclusión. Confirmamos con nuestra experiencia que el dupilumab es un fármaco efectivo, rápido y seguro para tratar la DA en niños pequeños.

P14. TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE CON TRALOKINUMAB: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M.M. Cordellat Martínez, N. Mohino Farré, J.D. Cánovas Martínez, C. Angulo Martínez, E. Cadenas Urchueguia y J.A. Pujol Montcusí

Dermatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una patología cutánea inflamatoria y crónica que cursa con brotes y que tiene un impacto elevado en la vida de los pacientes. Entre las opciones terapéuticas actuales se encuentra tralokinumab, el primer anticuerpo monoclonal humano que bloquea específicamente la señalización de la IL-13. La IL-13 es una citoquina clave en la en la respuesta inmunitaria de tipo 2 y por lo tanto en la fisiopatología de la DA; cuando está sobreexpresada, tiene un impacto significativo en la piel favoreciendo el reclutamiento de células inflamatorias, la alteración del microbioma y la disminución de la función de la barrera epidérmica. Tralokinumab ha demostrado buenos datos de eficacia y seguridad tanto en los ensayos clínicos como en la práctica clínica. Sin embargo, la evidencia en la práctica clínica sigue siendo limitada.

Objetivos. Analizar la eficacia y seguridad de tralokinumab en la práctica clínica real hasta la semana 52 desde el inicio del tratamiento.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo para recoger los datos de los pacientes adultos y adolescentes con DA moderada-grave tratados con tralokinumab en un único hospital. Se recogieron los datos demográficos y las características clínicas de los pacientes en el momento basal y en las semanas 16, 24 y 52 desde el inicio del tratamiento. Se evaluó la eficacia mediante las escalas Eczema Area and Severity Index (EASI) e Investigator's Global Assessment (IGA), así como el impacto en la calidad de vida de los pacientes mediante las escalas Numeric Rating Scale (NRS) prurito y sueño y Dermatology Life Quality Index (DLQI). También se registraron también los efectos adversos derivados del tratamiento.

Resultados. Serán presentados en la Reunión GEIDAC.

Discusión y conclusiones. Serán presentadas en la Reunión GEIDAC.

P15. EFECTIVIDAD DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA, DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES NAIVE Y PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS CON BIOLÓGICO

I. Zapata Martínez, J. Torres Marcos, J.M. Camino Salvador, A. Martínez Fernández, A. Martín Fuentes y E. de Eusebio Murillo

Dermatología. Hospital General Universitario. Guadalajara. España.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria compleja, crónica, que se manifiesta con la aparición de placas eritematosas, pruriginosas y exudativas. En su patogénesis, el papel de las proteínas JAK es especialmente importante, ya que se unen a la porción intracelular de los receptores de las citoquinas fundamentales en la patogenia de la enfermedad. Upadacitinib es un inhibidor de JAK eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica moderada o severa.

Realizamos un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo para comparar la efectividad de upadacitinib en pacientes previamente tratados con biológicos y pacientes naive, así como las distintas prevalencias de comorbilidades atópicas y efectos adversos. Presentamos un grupo de 16 pacientes, 7 de ellos naive y 9 previamente tratados con Dupilumab o Tralokinumab. En ambos grupos de pacientes, el tratamiento fue efectivo: en el grupo de pacientes naive, el EASI medio disminuyó de 30 a 8, y en los pacientes no naive, de 26 a 0.22. En cuanto al análisis estadístico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,16$). Respecto a las comorbilidades atópicas, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las alergias alimentarias, siendo más prevalentes en el grupo de pacientes previamente tratados con biológicos. En cuanto a los efectos adversos, no se observó ninguno de gravedad. Se registraron dos casos de herpes simple, un caso de foliculitis facial y un caso de infección respiratoria leve, ninguno de los cuales condicionó la retirada del fármaco. Todos ellos se dieron en pacientes no naive. Aunque se podría inferir que los pacientes que no han respondido a otros fármacos biológicos presentan una dermatitis atópica más severa que respondería peor a upadacitinib, esto no se confirma en nuestra serie. En conclusión, el estudio demuestra que upadacitinib es un tratamiento efectivo para la dermatitis atópica moderada a severa tanto en pacientes naive como en aquellos previamente tratados con biológicos como Dupilumab o Tralokinumab. Además, el perfil de seguridad de upadacitinib fue favorable, con efectos adversos que no requirieron la discontinuación del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que upadacitinib puede ser una terapéutica viable para un amplio espectro de pacientes con dermatitis atópica, independientemente de su historial de tratamiento previo.

P16. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON UPADACITINIB: COHORTE RETROSPECTIVA DE 50 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

L. Vila Cobreros^a, C. Fernández Romero^a, O.G. Pereira-Resquin Galván^a, A. Llorens López^a, N. Piquer Prades^a, M. Bellver Albertos^b y F.J. Miquel Miquel^a

^aDermatología. Hospital Arnau de Vilanova. ^bFarmacia Hospitalaria. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Upadacitinib es un inhibidor selectivo de la JanusKinasa1 recientemente incorporado para el manejo de la dermatitis atópica (DA) grave en mayores de 12 años. Su eficacia y seguridad ha sido de-

mostrada en ensayos clínicos y se están empezando a reportar datos en vida real.

Presentamos un estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes mayores de 12 años tratados con upadacitinib en nuestro centro de mayo de 2022 a mayo de 2024 tanto para DA como fuera de indicación.

Se han incluido 44 pacientes con DA moderada-grave con las características recogidas en la tabla. Del total, 38 continuaban el tratamiento en el último seguimiento, siendo las discontinuaciones 3 por pérdida de seguimiento, 2 por efectos adversos (cefalea y acné) y 2 por ineficacia. Veintiocho pacientes (63,63%) alcanzaron Eczema Area and Severity Index (EASI)75 a las 12 semanas, 16 con EASI 0. El EASI promedio se redujo un 74,61% respecto al basal y el 75% de los casos tenían un Physician Global Assessment (PGA)0/1 en este momento. El prurito medio disminuyó un 91,75% a las 12 semanas. No se han notificado eventos adversos graves. Treinta y tres pacientes iniciaron con 30 mg y 11 con 15 por edad y comorbilidades. En 4 se redujo dosis, en 3 se aumentó y 3 fueron espaciados. Fuera de indicación se reportan 3 alopecias areatas, 1 liquen plano hipertrófico, 1 prurito sine materia y 1 pitiriasis liquenoide. Nuestra población presenta una gravedad basal significativamente inferior a la de los ensayos clínicos. Lo atribuimos a la inclusión de pacientes parcialmente controlados con tratamiento previo. En este sentido, destacar 5 pacientes heredados del ensayo Heads-Up todos con EASI basales cercanos a 1. Nuestras tasas de respuesta son cercanas a las reportadas en otros estudios en vida real y similares a los de los ensayos pivotales, aunque inferiores a la mayoría de evidencia en vida real. La respuesta en prurito en cambio, es equivalente. La principal limitación de este estudio es su naturaleza observacional mediante revisión de historias.

P17. IDENTIFICACIÓN DE LOS POTENCIALES FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A UPADACITINIB: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COMUNIDAD VALENCIANA

F.J. Melgosa Ramos^a, E. Bernia Petit^b, J. Roca Ginés^c, A. Casanova Esquembre^d, A. Estébanez Corrales^e y V. González Delgado^f

Servicio de Dermatología. ^aHospital Lluís Alcanyis. Xàtiva.

^bHospital Arnau de Vilanova. Valencia. ^cHospital General Universitario de Castellón. Castellón. ^dConsorcio Hospital General Universitario. ^eHospital Universitario Dr. Peset. ^fHospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es un trastorno caracterizado por una carga significativa de síntomas que pueden afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes. Upadacitinib es un inhibidor selectivo oral de JAK1 cuya eficacia se ha demostrado en ensayos clínicos aleatorizados y diversos estudios de práctica clínica real, sin embargo, son pocos los trabajos que analizan la influencia potencial de algunos factores en la calidad de la respuesta al mismo. Este estudio tiene como objetivo describir la efectividad a medio plazo de upadacitinib en un entorno de práctica diaria, así como identificar potenciales factores predictores de la respuesta al mismo.

Metodología. Se realizó un estudio multicéntrico. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos y adolescentes con DA moderada a severa, que habían recibido tratamiento con upadacitinib durante al menos 16 semanas. La efectividad se evaluó mediante el EASI absoluto, IGA y la respuesta en términos de NRS prurito. Se analizó la influencia de diferentes variables (edad, sexo, IMC, años de retraso diagnóstico, antecedentes familiares de DA, presencia de comorbilidades atópicas, presencia de factores de riesgo cardiovascular, tipo de DA, afectación de áreas especiales, número de tratamientos previos y la dosis) en la respuesta terapéutica a semanas 16 y 24.

Resultados. Se incluyeron 63 pacientes con un EASI basal medio de 18,9, un IGA de 3,1 y NRS prurito de 7,6. El número medio de tratamientos previos fue de 1,4 y el tiempo medio de exposición a upadacitinib fue de 11,92 meses. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes tratados con dosis de 15 vs 30 mg y aquellos previamente tratados con dupilumab frente a no tratados (imagen 1). Entre las variables analizadas, el número de años de retraso diagnóstico y el número de tratamientos previos mostraron una asociación estadísticamente significativa con el valor del EASI, el NRS prurito y el IGA a semanas 16 y 24.

Conclusiones. En pacientes con DA moderada a severa upadacitinib mostró una eficacia significativa a medio y largo plazo. Pese a la elevada proporción de pacientes alcanzando mejoras sustanciales en el EASI, NRS prurito y IGA, el n.º de años de retraso diagnóstico y el n.º de tratamientos previos podrían influir negativamente en la respuesta terapéutica, resaltando la importancia de un tratamiento temprano.

P18. PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON UPADACITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA COMO HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

I. Segovia Rodríguez, T. López Bernal, M. Castillo Gutiérrez, R. Toledo Cañaveras, B. Aranegui Arteaga y A. Guerrero Torija

Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. La prevalencia en España de dermatitis atópica (DA) en adultos es del 1,9%-7,2%, y de estos, el 8-10% corresponde a pacientes con DA grave refractaria a tratamientos clásicos. Upadacitinib es una molécula que inhibe de forma selectiva y reversible las Janus Kinasa (JAK) con mayor especificidad para la JAK1, aprobada para DA en mayores de 12 años. El objetivo principal de este trabajo es el estudio de la eficacia y seguridad de upadacitinib en la práctica clínica real de nuestro centro.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo donde se recogen pacientes con DA grave que iniciaron tratamiento con upadacitinib entre julio de 2022 y febrero 2024 en nuestro centro. Se recogieron edad, sexo, raza, comorbilidades, fecha de diagnóstico de DA, tratamientos previos realizados y el valor en escalas de gravedad de la enfermedad: Eczema Area and Severity Index (EASI), Body Surface Area (BSA), escala del trastorno del sueño por prurito (Numerical Rating Scale NRS) e Investigators Global Assessments (IGA) tanto al inicio del tratamiento como en semanas 12, 24, 36 y 52.

Resultados. Hasta febrero-24 se incluyen 25 pacientes (64% hombres y 36% mujeres). La media de edad es de 29,12 años y el 84% son caucásicos. El diagnóstico de DA se produjo en la infancia en el 80%. El 100% había recibido tratamiento previo con ciclosporina. El 80% eran naive para tratamiento biológico y el 20% restante había sido tratado previamente con dupilumab. El EASI, BSA, prurito nocturno e IGA basal medio previo al inicio de upadacitinib fue de 19,27,4%, 8/10 y 4/5 respectivamente, aunque en el momento de realizar escalas todos se encontraban bajo tratamiento sistémico. El tratamiento se suspendió por fallo secundario en un 20% (5/25) y por efecto adverso (herpes zóster facial intenso) en un paciente. En los casos en los que se ha alcanzado semana 52 (32%), encontramos los siguientes valores medios: EASI 5,04, BSA 8,93%, NRS 4/10 e IGA 1/5.

Conclusiones. En nuestra experiencia, upadacitinib parece ser un fármaco seguro y bien tolerado, con una eficacia similar en cuanto a reducción de EASI y de NRS a la observada en ensayos clínicos publicados. La principal limitación del estudio es el pequeño tamaño muestral, que esperamos ir aumentando con la inclusión de nuevos pacientes.

P19. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON UPADACITINIB EN ADOLESCENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA

R. Escudero Tornero^a, M. Feito Rodríguez^a, L. Noguera Morel^b, M.Á. Martín Díaz^c, M. Campos Domínguez^d, L. Campos Muñoz^e, A. Hernández Núñez^f, B. Pérez García^g, E. Naz Villalba^h, A. Rodríguez-Villa Larioⁱ, A. Guerrero Torija^j, C. Rubio Flores^k, R. Aragón Miguel^l, M.D. Mendoza Cembranos^m y R. de Lucas Lagunaⁿ

Dermatología. ^aHospital Universitario La Paz. ^bHospital Universitario Niño Jesús. Hospital Infanta Leonor. ^cHospital Gregorio Marañón. ^dHospital Universitario Clínico San Carlos. ^eHospital Universitario de Fuenlabrada Fuenlabrada. ^fHospital Universitario Ramón y Cajal. ^gHospital Universitario Fundación Alcorcón. ^hHospital Universitario Príncipe de Asturias Alcalá de Henares. ⁱHospital Infanta Cristina. ^jHospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ^kHospital Universitario de Getafel Getafel. ^lFundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. En los últimos años hemos sido testigos de la aprobación para dermatitis atópica (DA) de fármacos que se han demostrado eficaces y seguros, también en población adolescente. Upadacitinib, un inhibidor selectivo de JAK1, desde su aprobación en 2022, apenas tiene estudios que avalen su efectividad en vida real en población adolescente; el objetivo de este estudio es evaluar su comportamiento en esta población adolescente.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, que incluye pacientes menores de 18 años con DA moderada-severa que recibían tratamiento con upadacitinib.

Resultados. Con un tiempo medio de seguimiento de 52 semanas, se presentan sobre 69 pacientes los datos demográficos, clínicos (tratamientos previos y concomitantes), escalas validadas de severidad (EASI, IGA) y patient-reported outcomes (NRS prurito y sueño), así como efectos adversos, en sucesivas semanas de tratamiento.

Discusión. Los datos obtenidos fueron, por lo general, similares a lo observado en los ensayos MeasureUP y AdUP. Pacientes con ciertas comorbilidades como pueden ser la alopecia areata, TDAH, o artritis idiopática juvenil se beneficiaron especialmente de este tratamiento. En ciertas semanas (24 y 52) se observó una efectividad menor en términos de % de pacientes que alcanzaron un EASI75 y un IGA0/1. Esto puede explicarse en parte por el número de líneas de tratamientos que había recibido nuestra muestra (aproximadamente el 50% había fracasado ya a un tratamiento biológico o iJAK), a la dosis utilizada de 15mg (ciñéndonos a ficha técnica en niños). No se describió ningún efecto adverso (EA) severo que obligase a suspender el tratamiento. El EA más frecuente fue el acné que por lo general fue leve y se manejó con tópicos, algo más frecuente que lo descrito en series ya publicadas en probable relación a la edad adolescente de nuestra muestra. En estas series publicadas, la efectividad fue, por lo general, superior, si bien no estudiaban en su mayoría una población adolescente y el seguimiento fue más corto. A pesar de las limitaciones que presenta un estudio observacional y retrospectivo, la experiencia en práctica clínica habitual parece indicar que upadacitinib se trata de un tratamiento efectivo y seguro, también en población adolescente.

P20. UTILIZACIÓN DE BARICITINIB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA: ESTUDIO DAMA-S

E. Gómez de la Fuente^a, E. Herrera Acosta^b, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro^c, S. Díaz-Cerezo^d, R. Moro Muñoz^d y M. Núñez Lozano^d

Departamento de Dermatología. ^aHospital Fundación de Alcorcón. Alcorcón. Madrid. ^bHospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ^cServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario San Millán. San Pedro. Logroño. La Rioja. ^dDepartamento Médico. Eli Lilly and Company. Alcobendas. Madrid. España.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con gran impacto en la calidad de vida, caracterizada por prurito intenso y eccema. La prevalencia en España se estima en un 7,2%, con el 40% de los pacientes con formas moderada-graves. Baricitinib (BARI) es un inhibidor de quinasas Janus 1 y 2 de administración oral diaria aprobado para tratar la DA moderada-grave³. El objetivo de este estudio es describir el perfil de los pacientes tratados con BARI en práctica clínica real en España, así como los patrones de tratamiento, la persistencia y la efectividad.

Estudio observacional retrospectivo en 13 hospitales españoles, con pacientes adultos con DA que iniciaron tratamiento con BARI entre abril de 2022 y agosto de 2023, permitiéndose un mínimo de seguimiento de 5 meses. Se recogieron de la historia clínica las características sociodemográficas y clínicas, patrones de tratamiento, posología y motivos de interrupción de BARI. La efectividad se evaluó con el cambio del Eczema Area and Severity Index (EASI) desde el basal y la respuesta EASI75 en las semanas 8/16. La persistencia se determinó con un análisis Kaplan-Meier a las 8/16/24/52 semanas. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar (DE) y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Se incluyeron 74 pacientes cuyas características sociodemográficas y clínicas basales y sus patrones de tratamiento se muestran en la tabla 1. La media de tratamientos sistémicos previos fue 2,4 (DE 1,2) y el 89,2% empezó BARI por falta de efectividad del tratamiento anterior. El 96,9% inició BARI con 4 mg y el 7,7% disminuyó dosis durante el seguimiento. El 94,6%, 85,1%, 75,7% y 58,4% de los pacientes se mantuvo en tratamiento a las 8, 16, 24 y 52 semanas. La puntuación EASI media de los pacientes persistentes en BARI fue de 23,8 (DE 9,8; n = 65), 8,7 (DE 10,3; n = 32) y 5,8 (DE 6,9; n = 33) en basal, semanas 8 y 16, respectivamente. En la semana 8, el 50,0% (n = 16/32) de los pacientes consigue una respuesta EASI75 y el 69,7% (n = 23/33) lo consigue en la semana 16. Los pacientes que iniciaron BARI para tratamiento de DA presentaron mayoritariamente DA moderada-grave y habían recibido de media 2,4 tratamientos sistémicos previos. Se observó una persistencia superior al 50% hasta la semana 52. En la semana 16, el 69% de los pacientes consiguió una respuesta EASI75.

P21. HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA EN DERMATITIS ATÓPICA-PRURIGO NODULAR: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

J.A. Pujol Montcusí, N. Mohino-Farré, M. Cordellat-Martínez, C. Martín-Callizo, L. Pastor-Jané y M. Just-Sarobé

Dermatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción. El prurigo nodular (PN) es una dermatosis inflamatoria caracterizada por nódulos intensamente pruriginosos, a menudo asociado con dermatitis atópica (DA). Ambas son enfermedades crónicas complejas y multifactoriales. Los pacientes con fototipos oscuros suelen presentar una hiperpigmentación postinflamatoria (HPI) más severa, que puede suponer un mayor impacto en su calidad de vida y autoestima y suponer un desafío terapéutico adicional.

Caso clínico. Niña 7 años de edad de fototipo V, sin antecedentes relevantes, con dermatitis atópica moderada-grave y lesiones de prurigo nodular de 1 año de evolución. La paciente refería un prurito intenso que afectaba a su calidad de vida y una HPI marcada, de predominio en extremidades inferiores, que comprometía su autoestima. En este contexto, se decide iniciar tratamiento con dupilumab. A los 6 meses de tratamiento, se alcanza una reducción parcial en la severidad del prurito y de los nódulos de PN, a pesar de la combinación con corticoides e inmunomoduladores tópicos. Sin embargo, la HPI intensa persiste sin mejoría, hecho que contribuía a la baja autoestima de la paciente.

Discusión. Este caso resalta los desafíos del manejo de la DA-PN en pacientes con fototipos oscuros e HPI severa. En estos casos, el inicio de tratamiento temprano con anti-IL13 puede acelerar la curación de

la HPI, así como alcanzar una mejoría del prurito y de los nódulos. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en aquellos en los que el tratamiento se inicia de forma tardía, podría ser insuficiente. En estos casos, se debería valorar la necesidad de cambiar a un inhibidor de la vía JAK-kinasa (i-JAK) o explorar terapias combinadas (biológico en asociación con i-JAK). Los i-JAK han demostrado eficacia en el tratamiento del prurito de la DA-PN, y podrían ser beneficiosos para reducir la HPI en pacientes con fototipos oscuros.

Conclusión. El manejo de la DA-PN, prurito e HPI en pacientes con fototipos oscuros puede ser un reto terapéutico. Se debería iniciar tratamiento de forma precoz con agentes biológicos o i-JAK, para mejorar la afectación de la calidad de vida y la autoestima de estos pacientes, y si la mejoría es insuficiente, valorar el cambio o su combinación.

P22. DERMATITIS FACIAL INDUCIDA POR FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

S. García González, S. de la Fuente Meira, A. Montes Torres, P. Villagrasa Boli, A. L. Morales Moya y L. Prieto Torres

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por prurito, lesiones eccematosas y liquenificación. El tratamiento de los pacientes con formas severas de la enfermedad ha supuesto un reto terapéutico para los dermatólogos hasta la aparición de los nuevos fármacos biológicos e inmunomoduladores. Se presenta una serie de 4 casos de cara roja inducida con diferentes fármacos biológicos para la DA, en pacientes con buena respuesta hasta el momento a dichos tratamientos. La patogénesis de la cara roja no está aún esclarecida. Entre las diferentes hipótesis se encuentra una respuesta inflamatoria a Malassezia, dermatitis alérgica de contacto, fallo local a dupilumab, hipersensibilidad al fármaco, aumento en la colonización por Demodex, o un origen multifactorial con la combinación de varios de estos factores. Como diagnósticos diferenciales deben tenerse en cuenta la dermatitis de contacto, rosácea, dermatitis seborreica y enfermedades del tejido conectivo. Para su tratamiento se han empleado antifúngicos, antibióticos, inhibidores de la calcineurina tópicos y corticoides tópicos, con resultados variables. En conclusión, la "cara roja" o dermatitis facial es un efecto adverso relativamente nuevo, cuya patogénesis probablemente se deba a un incremento de las interleuquinas sintetizadas por los linfocitos del eje Th1/Th17. Son necesarios más estudios para tratar de dilucidar los mecanismos de estos nuevos efectos adversos con objeto de mejorar el manejo de los mismos, así como la calidad de vida de los pacientes con DA severa.

P23. REACCIÓN PSORIASIFORME POR DUPILUMAB CON BUENA RESPUESTA Y CONTROL DE LA DERMATITIS ATÓPICA CON TRALOKINUMAB

A. Navarro-Bielsa^a, C. Rodríguez-Lefler^b, P. Gil-Pallares^a, M.C. Gómez-Mateo^c e Y. Gilaberte Calzada^a

^aDermatología. ^bHematología. Hospital Universitario Miguel Servet. ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. El tratamiento con dupilumab puede causar erupciones psoriasiformes debido a la posible activación de la vía IL-23/TH17, que en ocasiones pueden ser difíciles de controlar. El tratamiento más recomendado y sugerido en una guía Delphi, a pesar de la escasa experiencia disponible, para estos pacientes con reacciones psoriasiformes que requieren la suspensión de dupilumab, es con inhibidores de JAK.

Caso clínico. Se presenta a una paciente mujer de 29 años con dermatitis atópica desde la primera infancia, además de alopecia areata universal, vitiligo, asma y múltiples alergias alimentarias/ambientales. Tras tratamiento con múltiples fármacos tópicos y sistémicos como metotrexato, azatioprina y ciclosporina sin control de la enfermedad, se decidió inicio de dupilumab (EASI 25, BSA 62%, IGA 4, prurito 8). Desde la dosis de inducción, la paciente presentó hipersensibilidad cutánea generalizada, con aparición de placas eritematosas descamativas por todo el cuerpo que en la histología mostraba una dermatitis psoriasisiforme y espongiótica con paraqueratosis compatible con reacción psoriasisiforme atribuible al tratamiento con dupilumab. Tras el diagnóstico, se suspendió dupilumab con mejoría de las lesiones psoriasisiformes pero empeoramiento de la dermatitis atópica, por lo que se intentó tratamiento con ciclosporina, upadacitinib, baricitinib y abrocitinib sin conseguir un buen control y desarrollando además, brotes graves de herpes simple.

Resultados. Finalmente se inició tralokinumab con EASI 45, BSA 90%, IGA 4 y prurito 7, con gran mejoría en las primeras semanas y sin aparición de reacciones psoriasisiformes. A las 16 semanas, la paciente se encuentra con un EASI 8, BSA 10%, IGA 1 y prurito 1.

Discusión. El tratamiento con tralokinumab se presenta como una opción alternativa a los inhibidores de JAK para pacientes que han experimentado reacciones psoriasisiformes atribuidas a la inhibición dual de IL-4/IL-13, ya que la supresión de IL-4 podría explicar en parte la aparición de estas reacciones debidas a la desinhibición del eje IL-23/IL-17.

P24. RUBOR FACIAL INDUCIDO POR DUPILUMAB TRAS CONSUMO DE ALCOHOL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

O. Al-Wattar Ceballos^a, M. Montero García^a, N. Martos Bianqui^b, J. Ruiz Sánchez^c, I.A. Cobo^d y J.F. Silvestre Salvador^e

^aDermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real.

^bAlergología. Hospital General Universitario de Alicante.

^cDermatología. Hospital Universitario San Juan. ^dHospital General Universitario de Alicante. ^eDermatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

El rubor facial o flushing se refiere a episodios de enrojecimiento de la piel del rostro que pueden estar acompañados por una sensación de calor o ardor.

El dupilumab es un anticuerpo monoclonal contra la subunidad alfa del receptor de IL-4 lo que permite el bloqueo de IL-4 e IL-13 interrumpiendo la cascada inflamatoria de la vía Th2. Ha demostrado ser eficaz y con un buen perfil de seguridad en dermatitis atópica (DA). Presentamos un caso de rubor facial tras toma de alcohol inducido por dupilumab y revisamos la literatura respecto a este efecto adverso.

Caso clínico. Varón de 35 años, en seguimiento en dermatología por DA grave, inició dupilumab según ficha técnica tras mal control de su enfermedad pese a uso previo de corticoides orales, ciclosporina y upadacitinib. Cuatro semanas tras su inicio, reportó episodios de enrojecimiento facial que claramente relacionaba con el consumo de alcohol, clínica que antes de iniciar dupilumab nunca había experimentado. Se iniciaba a los pocos minutos de su ingesta y se resolvía espontáneamente en menos de una hora. Se indicó continuar con dupilumab y evitar alcohol. A los 9 meses de tratamiento con dupilumab, por fallo secundario al mismo, se realizó un cambio a baricitinib, con persistencia del efecto adverso.

Discusión y resultados. Tras nuestra búsqueda en la literatura, se ha encontrado este efecto adverso reportado en un total de 6 casos, siendo 7 con el nuestro. De los 7 pacientes, 4 eran mujeres. La edad media fue de 25 años (rango: 19-35). La mayoría reportaban comorbilidades atópicas. Todos los pacientes habían recibido al menos tratamientos tópicos. Todos recibieron dupilumab por DA según ficha técnica. La media de tiempo desde el inicio de dupilumab hasta el desarrollo del efecto adverso fue de 15 meses (rango: 3-28). Dos de

los 7 pacientes utilizaban de forma concomitante inhibidores de la calcineurina. La clínica experimentada era de ruborización facial tras pocos minutos del consumo de alcohol, con autorresolución en menos de 30 minutos. Ningún paciente suspendió el tratamiento con dupilumab por este efecto adverso. En conclusión, presentamos un nuevo caso de rubor facial tras consumo de alcohol inducido por dupilumab y revisamos los casos descritos de este efecto adverso. Es importante conocerlo para informar a los pacientes y no diagnosticarlo erróneamente como eritema facial debido a otras causas.

P25. DERMATITIS ATÓPICA TRATADA CON DUPILUMAB EN PACIENTE CON SÍNDROME HIPER-IGE ASOCIADO A MUTACIÓN EN PGM3

J. Ruiz Sánchez, L. García Sirvent, J. García Vilar, A. García Ten y P. Soro Martínez

Sección de Dermatología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Introducción. El síndrome hiper-IgE es una inmunodeficiencia causada principalmente por mutaciones en STAT3 y DOCK8. Sus manifestaciones incluyen, entre otras, elevación de IgE, dermatitis atópica (DA), eosinofilia e infecciones recurrentes.

Caso clínico. Varón de 43 años con antecedente de asma, infecciones respiratorias recurrentes, verrugas y mutación del factor V de Leiden. Diagnosticado de DA y fenotipo compatible con síndrome hiper-IgE, sin mutaciones en STAT3 ni DOCK8. Presentaba IgE > 2500 UI/ml, linfopenia y eosinofilia. Entre 2012 y 2022 presentó múltiples cuadros infecciosos: impetiginizaciones; sepsis por *Salmonella*, con ingreso en UCI; así como un absceso frío en pulmón. La DA progresó a pesar de tratamientos con corticoides, azatioprina, inhibidores de calcineurina y omalizumab. Ante la alta sospecha de síndrome de hiper-IgE se solicitó un nuevo estudio genético, que identificó una variante patogénica c.1438_1442del, acompañada de una variante de significado incierto, en el gen PGM3. En diciembre de 2022, presentaba eczema generalizado (BSA 28, SCORAD 56, EASI 18), por lo que se inició tratamiento con dupilumab. En la semana 42 tras iniciar este tratamiento, el eczema casi se había resuelto (BSA 1, SCORAD 14,2, EASI 1,2), manteniéndose bien controlado hasta el momento actual.

Discusión. El gen PGM3 codifica la fosfoglucomutasa 3, esencial en la producción de proteínas precursoras del sistema inmunitario. La mutación c.1438_1442del provoca una parada de traducción prematura. Se ha descrito en familias con patologías alérgicas, dermatológicas, infecciosas y hematológicas, aunque con variabilidad fenotípica. Dupilumab ha demostrado eficacia en el tratamiento de DA asociada a síndrome hiper-IgE. Su elección se debió a su eficacia y buen perfil de seguridad, especialmente frente a infecciones severas.

Conclusiones. Se presenta el primer caso reportado de un paciente adulto con síndrome hiper-IgE y mutación en PGM3, tratado exitosamente con dupilumab.

P26. DERMATITIS ATÓPICA RECALCITRANTE CON INTENSO ECCEMA DE CABEZA Y ALOPECIA

K. Nicole Sabas Ortega, L. Corbalán Escortell, S.P. Martínez Cisneros, S. García González, A. Montes Torres y E.A. Bularca

Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a millones de personas, causando lesiones cutáneas pruriginosas. Su fisiopatología es compleja y, a pesar de disponer terapias relativamente nuevas, se siguen necesitando opciones terapéuticas adicionales para casos con efectos secundarios o fallos de tratamiento. Acude paciente varón de 22 años por lesiones cutáneas en cuero cabelludo y tronco de 5-6 meses de evolución. A la exploración, se visualizan lesiones pústulo-costrosas en cuero cabelludo asociado a

placas eritematosas numulares en tronco. Se realiza perfil general, cultivo de cuero cabelludo y biopsia cutánea por punch y se decide iniciar tratamiento sintomático con doxiciclina + cefalexina + clindamicina y betametasona tópica. La analítica general fue normal y serologías negativas. Cultivo de lesiones pustulosas en cuero cabelludo aisló *S. aureus*. En la biopsia cutánea por punch, se visualiza: hiperplasia epidérmica con acantosis psoriasiforme, irregular con paraqueratosis y cambios de espongirosis focal con edema en capa córnea. En dermis, se identifica un componente inflamatorio crónico, linfohistiocitario. Debido a la clínica y los hallazgos patológicos se diagnostica dermatitis atópica grave con sobreinfección bacteriana. A pesar de iniciar tratamiento tópico con acetónido de triamcinolona y pauta descendente de prednisona el paciente presenta persistencia de dermatitis atópica grave (EASI 46%) iniciando ciclosporina oral a 5 mg/kg/24 h. Tras una leve mejoría inicial, presenta fracaso secundario al tratamiento cinco meses después, con lesiones subagudas y liquenificadas en el tronco y raíz de extremidades e intenso prurito, por lo cual se añade dupilumab subcutáneo. Tras 11 meses, el paciente acude a revisión con hiperplasia gingival y nuevas lesiones eczematosas en brazos, además de intensa dermatitis en cuero cabelludo con alopecia asociada (EASI 21). Ante esta situación, se suspende el tratamiento y se realiza switch a Upadacitinib 30mg/24 horas. A las 48 horas el paciente presenta una puntuación en escala NRS de prurito de 1 y, a las 8 semanas, se aprecia una resolución casi completa de dermatitis corporal con leve persistencia en cuero cabelludo y moderada repoblación (EASI 8). A las 24 semanas, se observa resolución completa de las lesiones y repoblación significativa de la alopecia.

P27. ESTRATEGIA "TREAT-RETREAT" EN UN PACIENTE CON ABROCITINIB

C. Axpe Gil, M. Dorado Fernández, F. Gruber Velasco, M.J. Barros Eyzaguirre, B. Romero Jiménez, N. Silvestre Torner, J. Román Sainz, K. Magaletskyy Kharachko, A. Imbernón Moya, M. Martínez Pérez, S. Samer Tabbara Carrascosa y E. Vargas Laguna

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

Introducción. La estrategia de "tratar y retirar" (treat-retreat) en el tratamiento de la dermatitis atópica con inhibidores de JAK, como upadacitinib y abrocitinib, implica administrar el medicamento hasta que los síntomas mejoren significativamente, retirarlo y reintroducirlo si los síntomas reaparecen. Enfoques más actuales están orientados a utilizar esta estrategia en pacientes con aparente pérdida de eficacia tras una correcta respuesta terapéutica inicial a inhibidores de JAK.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 27 años con dermatitis atópica grave y antecedentes de asma y rinoconjuntivitis alérgica. Tras tratamientos previos con corticoides, ciclosporina, dupilumab, baricitinib y upadacitinib sin éxito, se cambió a abrocitinib 200 mg/día, logrando un EASI 90 a las 16 semanas. Sin embargo, ante un aumento de la frecuencia de brotes, se planteó la posibilidad de realización de pruebas epicutáneas para lo cual el tratamiento tuvo que ser suspendido durante 4 semanas.

Resultados. La suspensión de abrocitinib supuso un gran empeoramiento de la sintomatología con aparición de eccemas generalizados. La reintroducción del fármaco consiguió un EASI 10 a las 4 semanas.

Discusión. La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por brotes recidivantes, lo que complica la elección del tratamiento adecuado. Su manejo correcto a menudo requiere dosis variables y diferentes dianas terapéuticas. Abrocitinib, un inhibidor de JAK1, se usa en casos de dermatitis atópica moderada-grave. Un estudio reciente mostró que la discontinuación de la terapia en pacientes con buena respuesta inicial provocó recaídas, por lo que se recomienda el mantenimiento del tratamiento con abrocitinib. Sin embargo, su reintroducción resultó en una rápida y efectiva mejoría de los síntomas. Dada la limitada disponibilidad de terapias para la dermatitis atópica, se plantea un

nuevo enfoque "treat-retreat". Para pacientes con respuesta inicial favorable y posterior fracaso, se sugiere interrumpir y luego reanudar el tratamiento rápidamente. Dos casos tratados con upadacitinib han respaldado este enfoque, demostrando éxito clínico. Proponemos la estrategia treat-retreat con abrocitinib no solo para minimizar la exposición continua, sino también como alternativa en pacientes con pérdida de eficacia inicial.

P28. TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA GRAVE CON BARICITINIB Y DUPILUMAB: UN NUEVO CASO PARA LA LITERATURA

M. Dorado Fernández, C. Axpe Gil, F. Gruber Velasco, B. Romero Jiménez, M.J. Barros Eyzaguirre, N. Silvestre Torner, S. Samer Tabbara Carrascosa, M. Martínez Pérez, K. Magaletskyy Kharachko y A. Imbernón Moya

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

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que puede ser gravemente debilitante. A pesar de los avances significativos en el tratamiento con nuevas terapias biológicas y pequeñas moléculas, algunos pacientes continúan sin obtener una respuesta adecuada, por lo que necesitamos explorar opciones terapéuticas adicionales.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 31 años con DA grave desde la infancia, sin otros antecedentes de interés. A lo largo de la vida, la paciente había realizado tratamiento con: corticoides orales y tópicos, fototerapia, ciclosporina (en múltiples ocasiones), metotrexato, azatioprina, micofenolato mofetil, ustekinumab, apremilast y dupilumab, tralokinumab, baricitinib y upadacitinib en monoterapia o en asociación con inmunosupresores clásicos. Solo había obtenido respuesta con dupilumab y baricitinib, pero había experimentado fallo secundario a los mismos tras pocos meses de tratamiento.

Ante la falta de mejoría, se decidió iniciar una terapia combinada con baricitinib (2 mg/día) y dupilumab (300 mg cada dos semanas). A las 8 semanas, se observó una reducción significativa en el Eczema Area and Severity Index (EASI) de 48 a 12, y una mejora notable en el prurito, evaluada mediante la Itch Numeric Rating Scale (NRS) que disminuyó de 9 a 2. La paciente reportó una mejora en su calidad de vida, sin presentar efectos adversos significativos durante el tratamiento combinado, con el que actualmente lleva 18 meses.

Discusión. Aunque las terapias actuales han transformado el manejo de la DA, ofreciendo alivio a muchos pacientes, todavía existen casos de enfermedad grave que no responden adecuadamente a estas intervenciones. Queremos aportar un caso más a la literatura sobre la eficacia potencial y la seguridad de la terapia combinada con un inhibidor de JAK y un biológico en el manejo de la DA grave. La combinación de estos tratamientos puede ofrecer una nueva esperanza para pacientes con DA resistente a terapias convencionales

P29. DERMATITIS ATÓPICA, ¿QUÉ HACER CUANDO TODO FALLA? TRATAMIENTO COMBINADO CON DUPILUMAB Y BARICITINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO

O.G. Pereira-Resquin Galván^a, M. Vila Caballer^b, C. Fernández Romero^a, L. Vila Cobreros^a, A. Llorens López^a, N. Piquer Prades^a y F.J. Miquel Miquel^a

^aDermatología. Hospital Arnau de Vilanova. ^bCiencias Biomédicas. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. España.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. El mayor conocimiento en la fisiopatología de esta enfermedad ha permitido en los últimos años ampliar nuestro arsenal terapéutico. No obstante, el manejo de la DA refractaria constituye todo un reto.

Caso clínico. Mujer de 43 años con DA grave desde la infancia, que ha recibido tratamiento con antiH1, corticoides e inhibidores de la calcineurina tópicos y corticoides orales (deflazacort 15mg/día) desde hace años. Al ser valorada en nuestra consulta, se prescribe inicialmente ciclosporina, la cual debe suspenderse a los 2 meses por mala tolerancia. Se pauta dupilumab que, pese a conseguir mejoría, debe suspenderse a los 4 meses por aparición de efectos adversos (conjuntivitis y artralgias). Posteriormente se inicia upadacitinib con mejoría parcial que, tras 18 meses de tratamiento, se suspende por la aparición de eccema herpeticum. Resuelta la infección se intenta reintroducción pero, ante fallo secundario, se cambia por tralokinumab, que resulta ineficaz. Ante el mal control de la enfermedad se inicia tratamiento combinado con baricitinib y dupilumab con una marcada mejoría clínica (EASI de 4) que permite la retirada de los corticoides sistémicos. La tolerancia al tratamiento fue buena, presentando únicamente una conjuntivitis leve. No se han detectado alteraciones analíticas ni se han presentado infecciones, salvo una gripe A resuelta sin incidencias. Los intentos de suspender el dupilumab han producido rebotes de la enfermedad, por lo que desde hace un año la paciente se mantiene con tratamiento combinado con pauta de dupilumab cada 4 semanas.

Discusión. El caso clínico que presentamos demuestra que el tratamiento combinado con dupilumab y baricitinib es eficaz y seguro en el tratamiento de la DA grave refractaria, permitiendo además prescindir de los corticoides sistémicos, tratamiento con efectos deletéreos a largo plazo de sobra conocidos. En consecuencia, proponemos esta combinación en casos seleccionados, si bien, dados los altos costes económicos y los hipotéticos riesgos, son necesarios más estudios.

P30. EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE LA COMBINACIÓN DE UPADACITINIB CON DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE CASOS REFRACTARIOS DE DERMATITIS ATÓPICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO

V. Fatsini Blanch, A. Menéndez Parrón, R.M. Escribano de la Torre, A. Barrutia Etxebarria, J. López Martínez y R. González Pérez

Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Alava. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica que ocasiona un importante impacto psicológico y en la calidad de vida del paciente. Los tratamientos sistémicos más utilizados actualmente para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave que ha fallado a ciclosporina son los fármacos biológicos y los inhibidores de la Janus quinasa (iJAK), que han demostrado gran efectividad y seguridad en el tratamiento de la DA. Sin embargo, a pesar de ello, conseguir un adecuado control de la enfermedad todavía puede llegar a ser un reto en algunos casos, especialmente en los más graves.

Casos clínicos. Caso 1: hombre de 15 años con DA grave desde la infancia que presentaba fallo previo a ciclosporina y dupilumab. Tras 18 meses con upadacitinib no se consigue control de la DA, por lo que se decide asociar dupilumab. Tras 1 mes de tratamiento combinado se aprecia mejoría clínica. Caso 2: hombre de 17 años con DA grave desde la infancia que presentaba fallo previo a ciclosporina y dupilumab. Tras 13 meses con upadacitinib no se consigue control de la DA, por lo que se decide asociar dupilumab. A los 3 meses de tratamiento combinado se aprecia mejoría clínica. Caso 3: hombre de 19 años con DA grave desde la infancia que presentaba fallo previo a ciclosporina y tralokinumab. Tras 8 meses con upadacitinib no se consigue control de la DA, por lo que se decide asociar dupilumab. A los 2 meses de tratamiento combinado se aprecia mejoría clínica.

Discusión. Los estudios que analicen la combinación de fármacos sistémicos en la DA son muy escasos en la literatura. Yang y colaboradores estudian el efecto terapéutico de la combinación de dupilumab con iJAK y lo comparan con la combinación de dupilumab con inmunosupresores sistémicos en 51 casos de DA que presentaban

poca respuesta al tratamiento con dupilumab. En este estudio observan una mayor mejoría clínica de forma significativa en el grupo que combina dupilumab con iJAK, respecto al otro grupo, sin observar efectos adversos sistémicos significativos. Presentamos 3 casos clínicos que están presentando mejoría clínica con la combinación de biológico e iJAK, sin efectos adversos a corto plazo. Según nuestra experiencia, es una buena opción terapéutica para mejorar la respuesta clínica en aquellos pacientes con respuesta insatisfactoria al tratamiento en monoterapia.

P31. RESPUESTA A UNA SEGUNDA LÍNEA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

C. Ureña-Paniego, A. Abaitancei, S. Arias Santiago y T. Montero Vélchez

Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Antecedentes. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria cutánea crónica con una elevada prevalencia que cursa con xerosis y prurito intenso e impacta la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. El manejo de la DA ha evolucionado en los últimos años con la aparición de nuevas estrategias terapéuticas que incluyen tratamientos biológicos o inhibidores de JAK (iJAK). A pesar de ello, hay pacientes que no responden a una primera línea de tratamiento avanzado, por lo que son necesarios datos para entender cómo van a responder los pacientes a una segunda línea de tratamiento y cuál sería el mejor fármaco para la entrada cuando se decide empezar con un tratamiento avanzado.

Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta a una segunda línea de tratamiento avanzado (biológico o iJAK) en pacientes con DA.

Material y método. Se diseñó un estudio observacional ambiprospectivo que incluyera a pacientes diagnosticados con DA en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron a pacientes con DA que fallasen a una primera línea de tratamiento avanzado (biológico y/o iJAK) y que fueran tratados durante al menos 16 semanas con una segunda línea. Se recogieron datos sobre las características epidemiológicas, clínicas (IGA, BSA, SCORAD, PASI, POEM, DLQI, ADCT, WHO) y manejo de los pacientes diagnosticados con DA en nuestro hospital. Se identificaron las razones de fallo o cambio de tratamientos.

Resultados. Se incluyeron 20 pacientes en el estudio con una edad media de 29,94 años y una ratio hombre:mujer 1:1. El 70% de los pacientes había fallado a un biológico como primera línea de tratamiento y el 30% a un iJAK. Como segunda línea de tratamiento el 75% de los pacientes recibieron un iJAK y el 25% un biológico. El 80% de los pacientes, tras 16 semanas de tratamiento mejoraron las escalas de gravedad objetivas y subjetivas, sin encontrarse diferencias entre aquellos pacientes que recibieron un biológico como segunda línea terapéutica o los que recibieron un iJAK.

Conclusión. Se observa que la mayoría de los pacientes responden a una segunda línea de tratamiento avanzado (biológico o iJAK). En el marco de una medicina predictiva y personalizada sería necesario caracterizar el perfil de paciente que muestra mejor respuesta a cada tratamiento lo que permitirá optimizar la selección inicial de tratamiento avanzado eficaz y seguro.

P32. BIOMARCADORES FARMACOGENÉTICOS DE RESPUESTA Y TOXICIDAD AL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB Y TRALOKINUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

C. Ureña Paniego^a, S. Rojo Tolosa^b, A. Sánchez Martín^b, A. Jiménez Morales^b, S. Arias Santiago^a y T. Montero Vélchez^a

^aDermatología. ^bFarmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria que provoca prurito y eccemas, afectando significativamente la calidad de vida. En los últimos años, su tratamiento ha mejorado con la introducción de terapias biológicas como dupilumab y tralokinumab. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la IL-4 e IL-13, mientras que tralokinumab inhibe solo la IL-13. Ambos son efectivos para DA moderada-grave, aunque aún no contamos con biomarcadores que predigan la respuesta o el fallo del tratamiento. Este estudio piloto evalúa la influencia de factores genéticos en la respuesta y toxicidad a dupilumab y tralokinumab en pacientes con DA.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de cohorte ambispectivo en pacientes con DA moderada-grave tratados con dupilumab o tralokinumab. Se recopilaron variables clínicas usando escalas de severidad como EASI, IGA y SCORAD desde la semana 4 hasta la 48, y muestras de ADN mediante hisopo bucal para análisis de PCR en tiempo real. El fracaso del tratamiento se definió como no alcanzar EASI75 a la semana 24, tener una puntuación NRS de prurito o sueño mayor a 4 en la semana 24, o experimentar efectos adversos inaceptables. La respuesta temprana se definió como alcanzar EASI50 en la semana 4.

Resultados esperados. El genotipo GG del polimorfismo rs1805010 en el receptor de IL4R se asoció con mayor supervivencia al tratamiento con dupilumab ($p > 0,001$), mientras que la variante CC del polimorfismo rs2243250 se relacionó con menor supervivencia ($p < 0,05$). Los superrespondedores mostraron los genotipos GG del polimorfismo rs2495636 en el receptor IL13RA1 ($p < 0,05$) y el genotipo TT del polimorfismo rs638376 en el receptor IL13RA2 ($p < 0,05$). No se identificaron variantes genotípicas asociadas con mayor riesgo de efectos adversos o fracaso del tratamiento.

Conclusión. Los resultados sugieren que un enfoque terapéutico personalizado, basado en perfiles genéticos individuales, podría optimizar el uso de fármacos biológicos en DA, mejorando la eficacia y reduciendo los efectos adversos.

Dermatitis de contacto

P33. ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO DE REACCIONES POSITIVAS EN PRUEBAS EPICUTÁNEAS DE DIFERENTES ALÉRGENOS: RESULTADOS PRELIMINARES?

D. Pesqué^a, E. Andrades López^a, M. Bódalo Torruella^b, J. Perera-Bel^c, R.M. Pujol Vallverdú^a y A.M. Giménez Arnau^a

^aDermatología. Hospital del Mar. ^bGenómica. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). ^cBioestadística. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) es una dermatosis cutánea frecuente causada por diferentes alérgenos. El análisis transcriptómico de pruebas epicutáneas positivas podría mejorar la comprensión de mecanismos y vías patogénicas comunes y diferenciales entre diferentes alérgenos.

Objetivos. Desarrollar un análisis transcriptómico de biopsias de DAC inducidas por pruebas epicutáneas para evaluar la presencia de patrones específicos de alérgenos y posibles marcadores o vías relevantes en su patogenia, así como correlacionar los resultados transcriptómicos con las características e intensidad de los infiltrados inflamatorios y la positividad de la reacción (2+/3+).

Métodos. Se realizó un reclutamiento prospectivo de pacientes con DAC a níquel, 2-HEMA, formaldehído y metilisotiazolinona. Se realizaron dos biopsias punch a día 4 de la reacción positiva, una para estudio transcriptómico por RNA-seq y otra para estudio histológico. En total se reclutaron 11 pacientes para el níquel, 10 para metilisotiazolinona, 10 para 2-HEMA y 9 para metilisotiazolinona.

Además, se reclutaron 20 controles ajustados por sexo y edad para obtener controles de piel sana. Se espera presentar los resultados preliminares en el congreso

P34. UTILIDAD DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN EL ESTUDIO DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

A. Barrutia Etxebarria, A. Menéndez Parrón, R.M. Escribano de la Torre, J. López Martínez, V. Fatsini Blanch y R. González Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) causada por medicamentos oftálmicos tópicos es una entidad infradiagnosticada que se caracteriza por lesiones eccematosas que afectan a los párpados o a la piel periorbitaria. La realización de pruebas epicutáneas en pacientes afectados puede resultar un reto debido a la falta de estandarización en las pruebas epicutáneas oftalmológicas. En este trabajo, presentamos nuestra experiencia en 28 pacientes con sospecha de dermatitis alérgica de contacto por productos oftalmológicos estudiados mediante pruebas epicutáneas.

Material y métodos. Hemos realizado una recogida de datos retrospectiva de todos los pacientes con sospecha de dermatitis alérgica de contacto causada por productos oftalmológicos estudiados mediante pruebas epicutáneas en nuestro servicio (1999-2021), habiendo recogido un total de 28 pacientes.

Resultados. La clínica predominante en los pacientes estudiados con sospecha de DAC por productos oftálmicos era de eccemas palpebrales (26/28 pacientes, 93%) de los cuales todos menos uno, eran bilaterales y un 89% (25/28) afectaban a ambos párpados (superior e inferior). Una paciente tenía eccemas en labio superior y otra paciente dermatitis periorificial en región perioral y periocular. Se realizó lectura de las pruebas a las 48 y 96 horas, registrándose solamente un 14% de positividad relevante en las pruebas, un positivo a latanoprost, uno a tafluprost, uno a polimixina B y uno al producto propio hidratante (parpadual gel crema®). En otros 4 pacientes (14%) cuyo resultado en las pruebas fue negativo, se sustituyó el colirio sospechoso con resolución completa de los síntomas.

Conclusiones. La identificación del alérgeno es la base del tratamiento en la dermatitis alérgica de contacto en relación con productos oftálmicos; pero en estos pacientes la realización de pruebas diagnósticas epicutáneas puede resultar un reto debido a la falta de sustancias de prueba individuales y a las causas de confusión, como los productos cosméticos o los alérgenos transportados por el aire, y el vehículo farmacológico. En la bibliografía se describe la necesidad de estandarizar y aumentar la sensibilidad de las pruebas epicutáneas en oftalmología; nuestra serie corrobora esta circunstancia, ya que solo observamos un 14% de positividad relevante (4/28) en los pacientes estudiados.

P35. ¿ES FRECUENTE LA ASISTENCIA A URGENCIAS DE PACIENTES CON DERMATITIS DE CONTACTO? ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE GRANADA

C. Llamas Segura, M. Cebolla Verdugo, M. Zulaika Lloret, M. Rodríguez Troncoso, R. Ruiz Villaverde y F.J. Navarro Triviño

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

Introducción. La dermatitis de contacto es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Dentro del grupo de enfermedades dermatológicas que acuden al servicio de Urgencias, la dermatitis de contacto es una de las que más se repiten. Nuestro objetivo es

describir las características de los pacientes de la Unidad de Eczema de Contacto e Inmunoalergia del Hospital San Cecilio de Granada que han acudido a urgencias en relación con su proceso eczematoso.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo en el Departamento de Eczema de contacto e Inmunoalergia del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. El periodo de reclutamiento fue comprendido entre abril de 2018 y julio de 2024. Todos los pacientes completaron el estudio de pruebas epicutáneas, cuyo resultado fue interpretado según las recomendaciones del grupo ICDGR. Se ha realizado el análisis descriptivo e inferencial de todas las variables recogidas en MOALHFA.

Resultados. Han participado un total de más de 1000 pacientes que acudieron por un motivo dermatológico. Aproximadamente la mitad acudieron al servicio de Urgencias motivado por la dermatitis de contacto. El análisis del índice MOALHFA estratificado según asistencia a Urgencias no mostró diferencias en cuanto al sexo. En cuanto a la edad tampoco se encontró diferencias estadísticamente significativas, ya que aproximadamente la mitad de los pacientes eran mayores de 40 años. Respecto a la dermatitis ocupacional y la dermatitis atópica, en los pacientes que las padecían más de un tercio de las ocasiones eran la causa de solicitar asistencia. Las localizaciones más afectadas eran las piernas, la cara y las manos, siguiendo ese orden.

Discusión. El registro de atención de pacientes con dermatitis de contacto que han acudido al servicio de Urgencias de nuestro hospital no había sido estudiado hasta el momento en nuestra zona. La mitad de los pacientes diagnosticados de dermatitis de contacto han acudido en algún momento de la evolución de su enfermedad. La dermatitis en las piernas es la localización más frecuente. Parece importante detectar una necesidad no cubierta como el retraso en la atención especializada de estos pacientes, para motivar a diseñar programas de formación a médicos de atención primaria, así como mejorar el flujo de derivación de los pacientes con dermatitis de contacto.

P36. ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO A GOMAS EN PROFESIONALES SANITARIOS

J. Román Gómez, P. Sánchez Balsalobre, J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, A. López Mateos y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. El eccema de manos es una patología común entre la población sanitaria, principalmente de causa irritativa por lavado frecuente de manos y uso de antisépticos, aunque también destaca la etiología alérgica. Los principales alérgenos implicados son los acelerantes de la vulcanización de gomas sintéticas y naturales.

Casos clínicos. Presentamos 18 pacientes sanitarios con diagnóstico mediante pruebas epicutáneas de eccema alérgico de contacto a gomas entre 2012 y 2024.

Resultados. Un 66% fueron mujeres, en su mayoría enfermeras de quirófano o cirujanos, de edad media al diagnóstico 45,9 años. La sensibilización más frecuente en nuestra serie fue a la mezcla carba (83,3%), que incluye ditiocarbamatos y difenilguanidina (DFG), encontrándose positividad a esta última en un 77,8%; seguido de tiurams (44,4%), tiazoles (11,1%) y etiléndiamina (5,5%), sin detectarse en ningún caso positividad a tioureas. En dos pacientes se testaron los guantes "tal cual" por las caras interna y externa, siendo uno positivo y otro negativo. Un 72,2% de los pacientes presentaban sensibilización a otras sustancias, principalmente a metales (55%) y menos frecuente a conservantes (33%) y fragancias (11%). La IgE total fue normal en el 50% de los casos y elevada en un 11%. Se descartó sensibilización al látex en el 44% de los pacientes mediante prick test. Todos los pacientes mejoraron tras evitar la exposición mediante el uso de guantes sin acelerantes o el cambio de entorno laboral.

Discusión. Nuestros resultados están en consonancia con otros estudios, donde se evidencia disminución de la incidencia de sensibilizaciones a tiurams y aumento a mezcla carba, en parte debido a la exposición a la DFG en los últimos años, siendo el principal alérgeno causal en nuestra serie.

P37. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN 225 PACIENTES CON DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO CON PRUEBAS EPICUTÁNEAS POSITIVAS Y DE RELEVANCIA PRESENTE: ESTUDIO UNICÉNTRICO, TRANSVERSAL Y COMPARADO CON GRUPO CONTROL SANO

F.J. Navarro Triviño^a, C. Llamas-Segura^b, M. Cebolla-Verdugo^b, R. Ruiz Villaverde^b y M.I. Peralta Ramírez^c

^aUnidad de Eczema de Contacto e Inmunoalergia Cutánea.

^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

^cDepartamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada. España.

El vínculo entre la dermatología y trastornos psiquiátricos ha sido estudiado en numerosas enfermedades, sin embargo, y hasta la fecha, no se ha publicado la evaluación de los patrones psicopatológicos en pacientes con dermatitis alérgica de contacto. Mediante el uso del cuestionario SCL90r se ha evaluado los síntomas psicopatológicos de los pacientes estudiados en la unidad de Eczema de contacto e Inmunoalergia cutánea del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, sometidos a pruebas epicutáneas cuya positividad de las mismas fue de relevancia presente para la situación clínica del paciente. Se incluyó a pacientes con edad superior a 18 años, y se excluyó aquellos pacientes que estaban realizando tratamiento psiquiátrico o bien estaban siendo atendidos en unidades de psiquiatría y/o terapia psicológica. También fueron excluidos aquellos pacientes que afirmaban tener secuelas psicológicas tras la pandemia COVID-19 (SARS-Cov2). Se registró un total de 225 pacientes y los resultados fueron comparados con 225 controles sanos. También se analizó los resultados por área anatómica afecta. Los resultados preliminares indican que los pacientes con dermatitis alérgica de contacto muestran un perfil psicopatológico distinto a la población sana, lo cual sugiere la necesidad de un tratamiento multidisciplinar donde la evaluación y tratamiento psicológico puede ser de ayuda para el manejo de estos pacientes.

P38. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA JANUS KINASA: SERIE DE 23 CASOS

M.A. Lasheras-Pérez^a, F.J. Miquel-Miquel^b, D. Martín-Torregrosa^a, C. Fernández-Romero^b, R. Botella-Estrada^c y M. Rodríguez-Serna^c

^aHospital Universitario y Politécnico La Fe. ^bHospital Arnau de Vilanova. ^cHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción. Los inhibidores de la Janus Kinasa (iJAK) baricitinib, upadacitinib y abrocitinib han sido aprobados para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) moderada-grave. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) puede ser una comorbilidad de los pacientes con DA, exacerbando su clínica u ocasionando brotes. Por ello, se recomienda realizar pruebas epicutáneas antes de iniciar una terapia sistémica o en caso de que la respuesta a esta sea insuficiente. Por el momento, no se conoce si los iJAK pueden alterar la lectura y reproducibilidad de las pruebas epicutáneas. Dupilumab es un fármaco biológico que bloquea la vía Th2, una ruta sobre-regulada en la DA. Diferentes artículos han señalado que este fármaco, ge-

neralmente, no modifica significativamente las positividades y relevancias de las pruebas epicutáneas. Por otro lado, solo hay dos casos en los que los iJAK se han relacionado con las pruebas epicutáneas: un paciente con DAC a Compositae tratado eficazmente con abrocitinib y otro paciente que perdió algunas positividades y relevancias tras iniciar upadacitinib. Dado que los iJAK actúan sobre múltiples vías (Th1, Th2 y Th17), podrían alterar los resultados de las pruebas epicutáneas en pacientes con DA.

Materiales y métodos. Tras la aprobación del estudio por el Comité de Bioética, se identificaron los pacientes con DA en tratamiento con iJAK de dos hospitales españoles. Aquellos en los que las pruebas epicutáneas se habían realizado durante el tratamiento con iJAK fueron incluidos. Las características clínicas, lugares de afectación y escalas de gravedad (Physician Global Assessment [PGA], itch-numeric rating scale [itch-NRS], Eczema Area and Severity Index [EASI]) fueron recogidas basalmente y en el momento de realizar las pruebas epicutáneas. Se utilizaron las baterías estándar y ampliada del GEIDAC, pudiéndose ampliar según la sospecha clínica. Las positividades y relevancias fueron recogidas. En caso de que las pruebas epicutáneas fueran realizadas secuencialmente antes y después de iniciar los iJAK, se compararon las positividades para detectar cambios.

Resultados y discusión. Se aportan los resultados de las pruebas epicutáneas en 23 pacientes tratados con iJAK, de los cuales 12 fueron parcheados secuencialmente antes y después de iniciar el fármaco.

P39. CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO EN PACIENTES AFECTOS DE DERMATITIS ATÓPICA EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

A. A. Cabanillas Cabral^a, L. Bejarano Antonio^a, S. Rodríguez Conde^a, J.A. Oliva Fernández^a, M.A. Ruiz Villanueva^a, V. Velasco Tirado^a, C. Isidro Muñoz^a, J. Cañueto Álvarez^a y M. González de Arriba^a

^a*Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

^b*Facultad de Medicina. Salamanca. España.*

Introducción. La dermatitis de contacto (DC) es una enfermedad frecuente con una prevalencia entre 1,7-6,3% en nuestro medio, ya sea irritativa o alérgica. Los alérgenos más frecuentes de las dermatitis alérgicas de contacto (DAC) son los metales y los cosméticos, siendo la cara la localización más frecuente. Las DAC en pacientes afectados de dermatitis atópica (DA) pueden ser más complejas de detectar al afectar a localizaciones similares y presentar características clínicas semejantes.

Objetivos. Determinar los principales agentes causantes de DAC en pacientes diagnosticados de dermatitis atópica.

Material y métodos. Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a pruebas epicutáneas con la serie estándar TRUE Test ampliada según el Grupo Español en Investigación de Dermatitis de contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y baterías adicionales en los casos que por la historia clínica era oportuno. Se realizó el análisis estadístico mediante el empleo del software IBM SPSS Statistics.

Resultados. Los pacientes sensibilizados con DA típicamente eran mujeres jóvenes con antecedentes de alergia previa. La presentación clínica más frecuente fue en forma de eccema localizado en las manos y la cara. La DAC tendió a ser más frecuente en los pacientes atópicos que en los no atópicos, tanto a nivel global como en manos y cara. En cambio, la dermatitis irritativa de contacto fue más frecuente en los no atópicos. Además, objetivamos una mayor frecuencia de sensibilización a las fragancias, níquel y los corticosteroides en los pacientes con DA frente a los no atópicos con mayor tasa de positivos a los antibióticos tópicos.

Conclusiones. Los pacientes afectados de DA presentan una similar la proporción de resultados positivos, aunque con mayor frecuencia

de sensibilización clínicamente relevante a fragancias. La mayor frecuencia de DAC en estos pacientes y la mayor dificultad en su detección hacen recomendable el mantenimiento de una actitud más proactiva a la hora de prevenir y diagnosticar esta enfermedad.

P40. SERIE DE CASOS DE DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR 3-(DIMETILAMINO)-1-PROPYLAMINA

L. Barbero Igualada^a, S. San Román Sirvent^b, N. Martos Bianchi^a y J.F. Silvestre Salvador^c

Alergología. Hospital General Universitario Doctor Balmis.

Hospital Clínica Benidorm. Benidorm. Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Introducción. La dermatitis de contacto alérgica (DCA) por cosméticos ha aumentado debido a la mayor exposición de la población a estos productos. La cocamidopropil betaína (CAPB), un surfactante derivado del aceite de coco, se utiliza en productos de cuidado personal y limpieza. La 3-(dimetilamino)-1-propilamina (DMAPA) es una impureza en la CAPB, usada en la fabricación de varios productos químicos como tensioactivo o endurecedor.

Caso clínico. Se describe una serie de 5 casos clínicos de DCA por CAPB y DMAPA desde 2009 hasta 2024. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y la batería de cosméticos Chemotechnique. Las pruebas se interpretaron a las 48 y 96 horas según guías internacionales, descartando otras etiologías como dermatitis seborreica, dermatitis atópica y psoriasis. La CAPB y DMAPA se testaron a una concentración del 1,0% en vehículo acuoso. Todos los casos fueron tratados con corticoides tópicos de potencia media (metilprednisolona aceponato 0,1%). Se recomendó evitar los componentes relevantes y revisar los productos de higiene. Para los sensibilizados a DMAPA, se aconsejó evitar productos con CAPB.

Discusión. La composición teórica final de la CAPB incluye 83-90% de cocamidopropilo dimetilamina, 8,9-9,4% de glicerina, 1,0% de DMAPA y 5,0% de ésteres de glicerilo. Tiene potencial sensibilizante cuando supera concentraciones del 0,01% de DMAPA y 0,5% en CAPB crudo. La DMAPA puede estar como impureza en CAPB, es difícil evitar completamente la exposición usando productos con CAPB, por lo que los pacientes sensibilizados deben evitar ambos compuestos. La DMAPA es una amina terciaria industrial que, presente como impureza en cosméticos, puede causar DCA en individuos sensibilizados, siendo crucial su inclusión en baterías de pruebas para un diagnóstico más preciso.

Resultados. Positivos de las pruebas epicutáneas realizadas en cada caso. Abreviaturas: 3-(Dimetilamino)-1-propilamina (DMAPA); cocamidopropilbetaína (CAPB).

P41. ECZEMA ALÉRGICO DE CONTACTO A METRONIDAZOL TÓPICO

N. Barrientos Pérez, R.F. Rubio Aguilera, E. Gil de la Cruz, A. Ballano Ruiz y J.D. Domínguez Auñón

Dermatología. Hospital de Henares. Coslada. Madrid. España.

Introducción. Presentamos un caso de eczema alérgico de contacto causado por el tratamiento tópico con metronidazol para rosácea. **Caso clínico.** Mujer de 82 años con antecedentes personales de osteoporosis e incontinencia urinaria. Diagnosticada de rosácea realizaba tratamiento tópico con metronidazol 0,75% en los brotes desde hacía 1 año. Acude a urgencias por brote de rosácea de unos 10 días que había comenzado a tratar con doxiciclina 100 mg vía oral + metronidazol 0,75% gel de forma tópica. Refería empeora-

miento, a pesar del tratamiento, con aparición de exudación y costras amarillentas asociado a mucho picor. Ante la sospecha de eczema de contacto impetiginizado se retira metronidazol y se cambia doxiciclina por amoxicilina clavulánico 500/125 mg cada 8 horas. Se indica tratamiento tópico con mometasona crema mejorando completamente en 10 días. Se realizan posteriormente pruebas epicutáneas con batería estándar + productos propios de la paciente (Rozex gel y Metronidazol Viñas) resultando estos últimos positivos con ++ a las 96 horas. Unos meses más tarde se realiza prueba epicutánea con metronidazol 1% resultando positiva (++) a las 96 horas.

Conclusiones. El metronidazol es un antibiótico perteneciente al grupo de los nitroimidazoles con actividad antiprotozoaria y antibacterias anaerobias. Ampliamente usado en dermatología como tratamiento para rosácea, folliculitis, acné... Sus efectos adversos más frecuentes son trastornos gastrointestinales, sabor metálico, oscurecimiento de orina, cefalea...pero las reacciones de hipersensibilidad son raras. Hasta la fecha son pocos los casos publicados de dermatitis alérgica de contacto.

P42. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A MEDICAMENTOS TÓPICOS: UNA ESCALADA DE SENSIBILIZACIONES

J.M. Camino Salvador, I. Zapata Martínez, J. Torres Marcos, A. Martínez Fernández, C. Chiloeches Fernández y M.A. Pastor Nieto

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

La dermatitis de contacto a medicamentos tópicos es un reto diagnóstico y terapéutico. Las reacciones suelen perpetuarse y complicar con nuevas sensibilizaciones.

Un varón de 83 años, exencargado en una metalúrgica, fue derivado por brotes de lesiones pruriginosas en espalda y miembros desde hacía un año, tratados con corticoides tópicos sin respuesta. Empleaba una crema antiinflamatoria para su lumboartrosis y una hidratante habitual. A la exploración, destacó una gran placa en la zona lumbosacra y otras asimétricas salpicadas en antebrazos y piernas. Se efectuaron pruebas epicutáneas con la batería estándar ampliada (BEA) 2022 del Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea (GEIDAC), el diclofenaco de la batería de fotoalérgenos de Martí Tor®, y los productos propios. Los resultados de la lectura a las 48 (D2) y 96 horas (D4) se recogen en la tabla 1. El propilenglicol (PG) es un alcohol alifático empleado en el ámbito industrial, agroalimentario, sanitario y cosmético como vehículo, emulsionante y aditivo (E-1520), y la concentración a la que debe parchearse continúa en debate. El PG al 30% en agua y al 100% han sido retirados de la BEA 2024 del GEIDAC. Asimismo, la sensibilización a corticoesteroides es frecuente en alérgicos a PG, mayor que en la población general. Se ha sugerido una cosensibilización, pues la exposición a ambos compuestos puede producirse a través de los mismos productos, facilitada por una pérdida de la integridad cutánea. Sospechamos que en este caso se produjo una cosensibilización progresiva, inicialmente por reacción al PG del antiinflamatorio, perpetuada al exponerse al PG presente en los corticoides tópicos. De forma secundaria, se sensibilizó al propionato de clobetasol, la etilendiamina y los hidroperóxidos de limonene y linalool presentes en sus propios. La asimetría de las lesiones sugirió una transferencia ectópica de los alérgenos, si bien, no se puede descartar que la secuencia se produjera en otro orden. El paciente, exmetalúrgico, mostró positividad para conservantes para los que pudo sensibilizarse en el pasado, pero se descartó relevancia actual. El PG es un alérgeno común en productos dermatológicos, incluidos corticoides tópicos y emolientes. Es frecuente que los pacientes con dermatitis de contacto alérgica a PG estén cosensibilizados a otras sustancias.

P43. ECZEMA ALÉRGICO DE CONTACTO A PERÓXIDO DE BENZOÍLO

M. Castillo Landete, J. Román Gómez, M. Segado Sánchez, D. López Martínez, E. García Martínez y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Presentamos un caso de eczema alérgico de contacto a peróxido de benzoilo.

Caso clínico. Mujer, 13 años de edad, estudiante, sin antecedentes de atopía y afecta de acné comedoniano en cara en tratamiento con crema de peróxido de benzoilo 50 mg/g. Acudió a consultas por lesiones eczematosas en cara y cuello.

Método. Realizamos estudio con pruebas epicutáneas: batería estándar ampliada del GEIDAC, crema comercial de peróxido de benzoilo 50 mg/g tal cual y peróxido de benzoilo 1% vaselina. Asimismo, se efectuaron pruebas epicutáneas con los componentes de la crema comercial (glicerina 10% agua, aloe barbadensis 10% alcohol, simethicone 10% agua, microsponge 5647 10% agua, carbopol 974P 10% agua, peróxido benzoilo [75%] 1% vaselina, disodium EDTA 1% vaselina y diethylhexyl sodium sulfosuccin 1% agua).

Resultado. En las lecturas efectuadas a las 96 horas se observó positividad a la crema comercial y peróxido de benzoilo 1% vaselina. Respecto a los componentes de la crema solo se demostró positividad a peróxido de benzoilo (75%) 1% vaselina.

Conclusión. El peróxido de benzoilo es un fármaco ampliamente utilizado en el tratamiento del acné. También se usa en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores, en cirugía ortopédica y odontológica, así como en la industria. Esta sustancia puede causar dermatitis irritativa de contacto de forma habitual. Sin embargo, se ha descrito dermatitis alérgica de contacto en hasta el 2,5% de pacientes, con diferentes cuadros clínicos. Clásicamente se ha discutido la dificultad en la valoración de los parches con peróxido de benzoilo considerando que las reacciones débiles son irritativas. En nuestro caso obtuvimos una positividad con presencia de eritema, pápulas y vesiculación, lo cual consideramos una reacción alérgica y con relevancia presente.

P44. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A ETOFENAMATO FOTOAGRAVADA

M. Criado Otero, V. Onecha Vallejo, P. Bodas Gallego, H. Perandones González e I. Ruiz González

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

Introducción. El etofenamato es un antiinflamatorio no esteroideo empleado frecuentemente de forma tópica. Presentamos un caso de dermatitis alérgica fotoagravada en piernas tras aplicación de etofenamato en gel y revisamos la bibliografía al respecto.

Caso clínico. Varón de 56 años, trabajador de la construcción durante diez años y jubilado hace un año, que acudió refiriendo aparición de ampollas en ambas piernas de dos días de evolución. Negaba alergias u otros antecedentes de interés. Durante la entrevista clínica, refirió haberse aplicado la semana previa a la aparición de las lesiones un gel de farmacia en las piernas para aliviar un dolor muscular y haber realizado una exposición solar intensa tras esto. En la exploración física se apreciaban placas eritematosas en antebrazos y piernas, con clara delimitación de la zona de pantalón corto y camiseta. Además, tenía ampollas tensas con líquido seroso en piernas. Con la sospecha de dermatitis alérgica de contacto a etofenamato provocada o agravada por exposición solar, se realizaron pruebas epicutáneas con serie estándar española además de antiinflamatorios y fotoparche.

Resultados. La lectura a las 48 h fue positiva para etofenamato tanto en lado irradiado con UVA como en el no irradiado. A las 96 h

se observó positividad en etofenamato no irradiado y positividad mayor en etofenamato irradiado. La serie estándar fue negativa a las 96 h, al igual que el resto de antiinflamatorios. La clínica se resolvió con corticoide tópico y no ha vuelto a recurrir evitando la aplicación de etofenamato gel.

Discusión. El etofenamato puede producir una dermatitis de contacto alérgica, que puede ser como en nuestro caso fotoagravada o una dermatitis fotoalérgica. De forma poco frecuente, pueden aparecer reacciones cruzadas con otros antiinflamatorios no esteroideos estructuralmente similares. Además, los geles de etofenamato comercializados pueden tener entre sus excipientes dimetilsulfóxido, levomentol, carbómeros, esencia de trementina, trietanolamina, trolamina, alcohol isopropílico, aceite esencial de pino albar y d-limoneno, pudiendo comportarse muchos de ellos como alérgenos, por lo que es importante descartar sensibilizaciones a estos.

P45. EL PRURITO MÁS ALLÁ DEL LIQUEN

C. Baliu Piqué^a, A. Castany Pich^a, D. Vidal Sarró^a,
R. Pique Anguera^a, J. Martínez Canela^a
y L. Martínez-Vargas Degollada^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Ginecología. Hospital Universitari d'Igualada. Igualada. Barcelona. España.

Mujer de 74 años, con múltiples antecedentes patológicos entre ellos cistitis crónica y liquen escleroso vulvar, que consulta por prurito vulvar intenso y eritema de meses de evolución. Durante visitas sucesivas, se indica la aplicación de múltiples tratamientos: corticoides de distinta potencia, antifúngicos, estrógenos locales e hidratantes, sin mejoría. Se toman cultivos en diversas ocasiones, resultando todos ellos negativos. Ante la falta de mejoría clínica, se realizan múltiples biopsias que evidencian hiperqueratosis y signos inflamatorios con necrosis superficial, sin evidencia de malignidad y PAS negativo. Ante la aparición de edema superficial, se orienta como eritrasma, indicando tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-clavulánico) y metilprednisolona aceponato tópico y se realizan desbridamientos quirúrgicos seriados para eliminar la maceración cutánea superficial y al mismo tiempo se le realiza un sondaje vesical permanente.

Posteriormente, presenta mejoría clínica, aunque no remisión completa, persistiendo el prurito intenso, por lo que se solicitan pruebas epicutáneas. Los resultados son positivos para textil (cuero) y conservantes de cosméticos (bioban P1487, 4cloro3'5- xyleneol 1%, glutaraldehído 1%, phenylmercuric acetate 0,05%). Se indican medidas generales para evitar contacto con alérgenos (incluido evitar sentarse en un sillón de cuero en el que habitualmente sedesta y el uso de hidratantes cosméticos). Consecuentemente la paciente presenta una mejoría progresiva de la sintomatología y de la afectación cutánea.

P46. EL FOTOPROTECTOR QUE NO FOTOPROTEGIÓ: DERMATITIS DE CONTACTO PUSTULOSA POR FOTOPROTECTOR SOLAR

S. García González^a, S.P. Martínez Cisneros^a,
J. González Fernández^a, P. Villagrasa Boli^a, F. Felipe Berlanga^b
y L. Prieto Torres^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por presentar lesiones cutáneas pustulosas y pruriginosas generalizadas, de cuatro días de evolución. La paciente lo relacionaba con la aplicación de un fotoprotector y posterior exposición solar. Había sido tratada con metilprednisolona y dexclorfeniramina intravenosos con mejoría parcial. La paciente no presentaba clínica

sistémica salvo sensación distérmica. A la exploración física se objetivaba eritema generalizado en tronco y extremidades, de bordes bien definidos rectilíneos, con pústulas en superficie, que respetaba polo cefálico así como la zona del bañador, concordante con las zonas de aplicación del fotoprotector. Nikolsky negativo. Sin afectación de mucosas. Se realizó analítica sanguínea, sin alteraciones significativas, y biopsia cutánea. Asimismo, se derivó a Alergología para la realización de pruebas epicutáneas con batería estándar y productos propios, siendo estas positivas para 3-dimetilamino-1-propilamina, etilhexilglicerina y leve a sulfato níquel; así como fotoparche, con resultado positivo para triclosan.

La biopsia cutánea fue compatible con dermatitis pustulosa subcórnea. Se pautó tratamiento con metilprednisolona en pauta descendente, mometasona tópica y antihistamínico, con resolución completa del cuadro al mes, persistiendo únicamente leve descaecación residual. Por todo ello se estableció el diagnóstico de dermatitis pustulosa subcórnea compatible con dermatitis de contacto pustulosa (DCP). La DCP es una rara presentación clínica de la dermatitis alérgica de contacto. Clínicamente debe realizarse el diagnóstico diferencial con una pustulosis exantemática aguda generalizada, dada su gran similitud. Se han descrito varios alérgenos desencadenantes, como colofonia, aditivos del caucho, tintes textiles, ácido benzoico y trietanolamina, pero nunca etilhexilglicerina ni triclosan. La etilhexilglicerina es un emoliente con capacidad antimicrobiana, que en raras ocasiones ha sido reportado como alérgeno de contacto, y de acuerdo a nuestro conocimiento, nunca en forma de DCP. El triclosán es también un agente antimicrobiano muy ubicuo en productos de cosmética. Sin embargo, hasta el día de hoy no hemos encontrado ningún caso de DCP por este. En conclusión, reportamos un caso poco habitual de DCP generalizada y el primer reporte con triclosán y etilhexilglicerina.

P47. DERMATITIS DE CONTACTO PERIANAL ASOCIADA AL USO DE TOALLITAS HÚMEDAS

B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco,
J.C. Romera Pallarés, M. I. Úbeda Clemente
y M.E. Giménez Cortés

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

Introducción. La dermatitis de contacto perianal es una condición inflamatoria que afecta a la región anogenital y puede ser inducida por diversos alérgenos. Entre los productos de higiene personal, las toallitas húmedas han emergido como una causa significativa de sensibilización.

Caso clínico. Varón de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y asma que presentaba lesiones en zona perianal de 5 meses de evolución. Las lesiones se diagnosticaron inicialmente de psoriasis invertido e intertrigo, tratándose con antifúngicos, corticoides y antibióticos orales y tópicos sin mejoría. Dada la falta de respuesta y el carácter localizado del cuadro el paciente fue derivado a la unidad de dermatitis de contacto. Se le interrogó acerca de todos los productos que utilizaba habitualmente en la zona, logrando identificar como principal sospechoso las toallitas húmedas para la higiene perianal que utilizaba desde hacía más de un año. Se realizaron pruebas epicutáneas incluyendo la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea de 2022, además de las toallitas húmedas que aportó el paciente (Nenuco Dermosensitive).

Resultados. En la lectura a las 96 horas se detectó positividad intensa con relevancia presente para el Bálsamo del Perú y las toallitas húmedas aportadas (en cuya composición se encuentran diversos perfumes). Se indicó al paciente la evitación de estas toallitas, tras lo que se logró una rápida mejoría con desaparición de los eccemas perianales. Además, se notificó a la empresa la reac-

ción adversa para solicitar los componentes de las toallitas por separado, sin respuesta hasta día de hoy.

Discusión. En un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 37 pacientes con eccema perianal, se encontró que el 43,24% presentaban reacciones positivas en las pruebas epicutáneas, siendo la mezcla de metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona el principal alérgeno identificado, seguido de los productos propios (entre los que se incluían toallitas y productos antihemorroidales). Este caso subraya la necesidad de una regulación más estricta y una mayor transparencia en la lista de ingredientes de los productos de higiene personal para prevenir la exposición a alérgenos potencialmente dañinos.

P48. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR DISUCCINATO DE ETILENDIAMINA TRISÓDICO

T. López Bernal^a, I. A. Cobo^b, C. Ureña Paniego^c y J.F. Silvestre Salvador^b

Dermatología. ^aHospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid. ^bHospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^cHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La etilendiamina es un conservante, estabilizador y emulsionante de productos tópicos, eliminado de la batería estándar española en 2022 y de la batería estándar española ampliada en 2024. **Caso clínico.** Mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento por eccema crónico de manos en tratamiento con corticoides e inmunomoduladores tópicos, con pruebas epicutáneas negativas para la batería estándar española ampliada. En la revisión presentaba nuevas lesiones eritemato-descamativas en región facial y cuello, intensamente pruriginosas. En la anamnesis dirigida, refería un nuevo uso de una crema y un sérum de vitamina C. Trabajaba cortando rábano y cebolla en una fábrica. No tenía ninguna afición ni se obtuvo ninguna otra información de interés. Ante la sospecha de dermatitis alérgica de contacto (DAC), se le realizaron nuevas pruebas epicutáneas con la batería específica de cosméticos, así como con ácido etil ascórbico al 10% y al 5% en base acuosa y vaselina. También se le realizó un prick by prick con cebolla y rábano. Se le indicó realizar ROAT test tanto con la crema como con el sérum mencionados anteriormente.

Resultados. En la lectura del día 5, presentó positividad para diclorhidrato de etilendiamina y negatividad para el ácido etil ascórbico y para el resto de alérgenos de la batería específica de cosméticos. El prick by prick con cebolla y rábano también resultaron negativos. El ROAT test mostró positividad para el sérum pero no para la crema. Se compararon los ingredientes de ambos productos mediante una fotografía del etiquetado usando inteligencia artificial: a los pocos segundos, se obtuvo una tabla con 3 columnas, que indicaba los compuestos en común, los compuestos solo presentes en el sérum y los compuestos solo presentes en la crema. Al compararlos, se observó que el sérum contenía disuccinato de etilendiamina trisódico y la crema no. Con la positividad observada en los parches a diclorhidrato de etilendiamina, pudimos concluir la implicación del disuccinato de etilendiamina trisódico en la DAC.

Discusión. El diclorhidrato de etilendiamina y sus derivados pueden seguir presentando relevancia clínica en nuestro país, por lo que su desaparición en la batería estándar ampliada puede significar no diagnosticar correctamente a pacientes con DAC.

P49. NATURAL Y DE USO EN SANIDAD, UN ALÉRGENO EN EL QUE SIEMPRE PENSAR: REPORTE DE UN CASO

D.J. Sánchez Báez, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela y N. Pérez Robayna

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

Introducción. La dermatitis alérgica de contacto a adhesivos es una complicación frecuente con el uso de productos sanitarios, implicándose numerosos alérgenos como la colofonia, acrilatos, resinas sintéticas (fenol-formaldehído, epoxi), aditivos del caucho e incluso fragancias. Se presenta un caso, discutiendo la relevancia actual de alérgeno implicado.

Caso clínico. Varón de 8 años en seguimiento por recidiva linfoma anaplásico cutáneo primario de células grandes ALK+ que consultó por presentar ampollas y prurito en segundo dedo del pie izquierdo a los días de iniciar sindactilia por fractura de falange proximal del segundo dedo. En la exploración física presentaba placa geográfica eritematosa con ampollas tensas de contenido seroso en primer y segundo dedo, relacionándolo con la aplicación del adhesivo prescrito (Leukoplast S). Se realizó pruebas epicutáneas, incluyendo producto propio, manifestándose en la lectura a las 48 y 96 horas una reacción positiva (+++) a la colofonia. En la ficha comercial del adhesivo se constató que se componía de caucho natural y colofonia, suponiendo una relevancia presente. La retirada del alérgeno supuso una resolución del eccema.

Discusión. La colofonia es una mezcla compleja de más de 100 extractos de las coníferas, integrándose aproximadamente en un 90% de ácidos resinicos (pimáricos y abiéticos) y un 10% de otros componentes neutros como terpenos, sesquiterpenos, alcoholes y aldehídos. Los principales alérgenos en su composición son los productos resultantes de la oxidación de sus resinas, especialmente el ácido abiético y dehidroabiético. La incidencia de sensibilización en España ha sido tendente a la baja entre 2018-2022, con un porcentaje de positividad en las pruebas realizadas de hasta 1,16% en 2022. La colofonia es un alérgeno bastante ubicuo, encontrándose en cintas, apósitos, vendajes, jabones y cosméticos, madera y derivados como el papel y serrín. Los reportes de casos asociados a uso de productos sanitarios han sido motivo de numerosas publicaciones en los últimos años especialmente en relación con apósitos, sensores de insulina y electrodos.

Conclusión. La colofonia es un alérgeno que debe sospecharse al valorar a un paciente con dermatitis alérgica de contacto en el que se encuentren implicados adhesivos de uso sanitario.

P50. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR FENILETIL RESORCINOL. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.L. Alejo Fernández-Baillo, F. Tous Romero, J. Ortiz de Frutos, E. Porres López, P. Hernández Madrid, A. Wang y C. Calvo Asín

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

Introducción. Hasta la fecha hay menos de 20 casos descritos en la literatura de dermatitis de contacto a feniletil resorcinol. Aportamos un caso más de dermatitis de contacto alérgica a feniletil resorcinol contenido en un serum antiedad y realizamos una revisión de la literatura hasta la fecha.

Caso clínico. Mujer de 43 años, sin antecedentes dermatológicos previos, que desde mayo de 2020 presenta lesiones eritematodescamativas en cara y cuello que mejoraban solo parcialmente con el uso de corticoides y tacrólímico tópico. No refería cambios en el uso de productos cosméticos, indicando uso de Lancom renergie HCF triple serum. Se le realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, cosméticos y productos propios. Leídas a las 72 horas y a los 7 días, tenía positividad para Lancom renergie HCF triple serum y para Tert butil formaldehído. Posteriormente se realiza el ROAT para el sérum cosmético con aparición de lesión en zona de aplicación. Se realiza nuevas pruebas epicutáneas con batería de peluquería y componentes del serum con positividad para el feniletil resorcinol (componente 19 del cosmético Lancom). Tras evitar productos que contienen feniletil resorcinol y con pimicrolímus tópico 2 veces al día las lesiones desaparecieron.

Discusión. Un artículo reciente sobre cosmetovigilancia en España recogió un total de 13 casos de dermatitis de contacto alérgica a feniletil resorcinol, una incidencia muy superior a la mostrada por los artículos publicados hasta la fecha. Ello pone de manifiesto la necesidad de contar con registros nacionales online para dirigir la seguridad de los productos cosméticos, detectando alérgenos infrecuentes en ellos.

Conclusiones. Exponemos un caso de dermatitis de contacto causada por feniletil resorcinol del que hasta ahora solamente habían sido publicados menos de 20 casos, insistiendo en la utilidad del registro nacional online para la recolección de casos y facilitar información sobre nuevos alérgenos

P51. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A PARAFENILENDIAMINA Y 4-AMINO BENZENO EN PACIENTE TRABAJADORA DE LA INDUSTRIA TEXTIL

B. Mascaró Hereza^a, P. Ribó González^a, C. Riquelme McLoughlin^b y V. Amat Samaranch^b

^aServicio de Alergología. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. La dermatitis de contacto a textiles se produce por contacto con diferentes sensibilizantes: fibras, agentes acopladores y fijadores, productos de acabado, o tintes (los más frecuentes). En ocasiones se encuentra cosensibilización con parafenilendiamina (PPD), que principalmente produce reacciones de hipersensibilidad retardada, aunque también puede inducir reacciones inmediatas.

Caso clínico. Mujer de 58 años propietaria de un negocio en el que compran, cortan y venden telas. Consulta por prurito en manos y sensación de ocupación faríngea cuando manipula telas de color negro, naranja, rojo, fucsia y azul. Un año antes presentó un cuadro de eritema generalizado, hipotensión, hipotermia y sensación disneica en relación con la aplicación de un tinte de pelo (con PPD). Fue orientado como una anafilaxia, aunque no disponemos de trip-tasa, y se trató con metilprednisolona y dexclorfeniramina. Posteriormente, ha probado múltiples tintes en el antebrazo previamente a su aplicación, presentando reacción local retardada. Actualmente tolera tintes libres de PPD.

Resultados. Ante la sospecha de una DAC a PPD con posible reacción cruzada a colorantes, se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC y textil. Se realizó una lectura inmediata, manteniendo a la paciente en observación tras la aplicación de los parches, sin presentar clínica local ni sistémica. Se obtuvo un resultado positivo a PPD y 4-aminoazobenzeno a las 48 h (+) y 96 h (+). El proveedor de telas no su composición, no pudiendo establecer la relevancia presente. Sin embargo, la clara y repetida relación de los síntomas con el desencadenante nos hace pensar que se trata de una exposición ocupacional a estos alérgenos (o a otros que puedan hacer reacción cruzada).

Discusión. Se orienta como una DCA a PPD, con reacción cruzada a 4-aminobenzeno. PPD tiene una alta tasa de reacción cruzada con otros alérgenos, entre ellos colorantes textiles que podrían estar presentes en las manufacturas de las telas. Es precisa una mayor regulación del etiquetado de los textiles, una gran cantidad de prendas se producen en países extranjeros, desconociendo su composición y presencia de tintes sensibilizantes.

P52. DERMATITIS DE CONTACTO Y ANGIOEDEMA CON AMALGAMA POR ALERGIA AL MERCURIO

P. Álvarez-Sala Caballero, T. Dordal Culla, M. Grau Vergés, B. Andrés López, J. Martí Garrido, P. Vázquez-Revuelta, G.-J. Molina-Molina y R. Leonart Bellfill

Servei d'Al·lergologia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Introducción. El mercurio fue el primer alérgeno contactante descrito en 1896, se ha identificado como causa de diversos tipos de reacciones de hipersensibilidad. Describimos el caso de un paciente alérgico al mercurio.

Caso clínico. Varón de 59 años natural de Cuba sin antecedentes de interés que refería varias reacciones cutáneas en relación a visitas al odontólogo. En la adolescencia ayudaba frecuentemente a un estomatólogo a preparar amalgama, producto para empastes obtenido de la mezcla de metales, que típicamente incluye mercurio, plata, estaño, cobre y zinc. Tras varias preparaciones presentó, horas tras mezclar la amalgama, angioedema palpebral y malar. Desde entonces con cada preparación de amalgama presentaba angioedema, por lo que cesó en esta práctica. Posteriormente, cuando acudió al odontólogo, tanto a revisiones odontológicas como a colocación de empastes, presentó, horas después, episodios de angioedema labial y palpebral. Al contacto con tiomersal, mezcla de mercurio y tiosalicilato, refería aparición de edema y eczema en manos e hiperpigmentación residual. No había presentado otros episodios de angioedema o dermatitis.

Resultados. Realizamos pruebas epicutáneas con batería True Test y batería de productos dentales con lectura a las 48 y 96 horas con resultado positivo para tiomersal (+/+++), mercurio amoniado (+/+++) y formaldehído (+/++). La amalgama incluida en nuestra batería con mezcla de plata, cobre, estaño y zinc no produjo reacción.

Discusión. Describimos el caso de un paciente alérgico al mercurio sensibilizado probablemente vía aerotransportada durante la manipulación de amalgama sin protección respiratoria y sensibilizado a formaldehído, sin aparente relevancia clínica. El mercurio, un metal pesado, se puede encontrar en el entorno en diversas formas químicas. Está presente en el tiomersal, antiséptico y conservante de vacunas, en pigmentos de tatuajes, tradicionalmente en termómetros, productos odontológicos y ginecológicos entre otros. Por su alta toxicidad y potencial sensibilizante se ha retirado progresivamente de muchos productos de nuestro entorno. Nuestro paciente presentaba clínica al contacto con amalgama, en entornos con amalgama como la consulta del odontólogo y al contacto con tiomersal. El número reducido de casos de alergia a mercurio en nuestro entorno recalca la trascendencia de una adecuada regulación.

P53. DERMATITIS DE CONTACTO A ACRILATOS DURANTE TÉCNICA DE PRÓTESIS CAPILAR FIJA (SISTEMA FAS)

J. de la Iglesia Martín, C. Riquelme Mc Loughlin, S. Gómez Armayones y V. Amat Samaranch

Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. Las prótesis capilares sistema FAS (Follicular Alternative System) permiten el diseño personalizado de una prótesis capilar. Los adhesivos empleados para fijarlas incluyen en su composición acrilatos.

Caso clínico. Mujer de 41 años con antecedente de liquen plano pilar consultó por prurito en cuero cabelludo tras tres meses de usar una prótesis capilar sistema FAS. Para colocársela, primero aplicaba una solución protectora (Cutimed®, contiene polímeros de acrilato); seguido de un pegamento A (compuesto por dimeticona y etilacetato); o B (compuesto por polivinilacetato/acrilato, etilacetato, isopropil alcohol y etanol). Finalmente aplicaba la prótesis capilar. Refería prurito tras 2-3 días, por lo que requería retirarla para aplicar corticoides tópicos. Los síntomas incrementaron de intensidad hasta que presentó intenso eritema y exudación en la zona de aplicación. Hacía años una manicura semipermanente le había provocado una reacción periungueal.

Resultados. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, acrilatos (Allergeaze®) y sus productos (Pegamento A, Pegamento B, Cutimed® y fragmento de la prótesis). Se observó positividad a las 96 h para el pegamento B (+), 2-Hidroxietil metacrilato 1% (++) , 2-Hidroxietilacrilato 0,1% (++) , Etilacrilato 0,1% (++) , Etilenglicol dimetacrilato 2% (++) y Bisfenol A dimetilacrilato (++) . Se orientó como una dermatitis de contacto alérgica a acrilatos contenidos en Cutimed® y el pegamento B, recomendándose conductas evitativas. Actualmente, presenta una dermatitis de contacto irritativa leve porque aplica el pegamento A directamente sobre el cuero cabelludo, controla los síntomas con corticoides tópicos y sigue usando la prótesis.

Discusión. Los acrilatos, a pesar de tener potencial sensibilizante, se usan como adhesivos de prótesis capilares. En pacientes interesados en este sistema de integración capilar, se debería interrogar sobre el uso previo de manicura acrílica y realizar unas pruebas epicutáneas.

P54. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR RESINAS EPOXI EN MANUALIDADES INFANTILES

P. Rodríguez Jiménez, M. Fernández Parrado, I. Ibarrola Hermoso de Mendoza, C. Miguel Miguel, M. López de Dicastillo Cía, M. Hervella Garcés, A. Larumbe Irurzun y J.I. Yanguas Bayona

Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. El poder sensibilizante de las resinas epoxi es bien conocido desde los primeros casos recogidos en la década de 1950. Asimismo, constituye una de las causas más frecuentes de dermatitis de contacto alérgica (DCA) de tipo ocupacional. No obstante, cada vez son más frecuentes estos casos fuera del ámbito profesional.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 12 años, sin antecedentes de interés, que consulta por brotes recurrentes de lesiones eritematovesiculosas muy pruriginosas en región facial durante los últimos 4 meses. El inicio de estos brotes coincidió con el uso de un juego de manualidades, donde entraba en contacto con sustancias químicas tipo resina epoxi. Los progenitores relacionaban la aparición de esta clínica con el inicio de las manualidades, desapareciendo los síntomas al cesar esta actividad. Se llevaron a cabo pruebas epicutáneas con la batería estándar y ampliada del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC 2022), así como, la batería epoxi. En la lectura de las pruebas a las 48 y 96 horas se obtuvieron positividades a los siguientes alérgenos: bisfenol A resina epoxi (++)/+++ y bisfenol F resina epoxi (++)/++). Estos se encontraban dentro de los ingredientes de los productos utilizados para las manualidades. Finalmente, fue diagnosticada de DCA por resinas epoxi.

Discusión. La DCA por resinas epoxi en el ámbito recreativo está aumentando en consecuencia a su empleo en actividades lúdicas. Esta forma emergente de DCA se ha reportado en 5 ocasiones desde 2020. La clínica se caracteriza por eccema de predominio en manos, antebrazos y, ocasionalmente, se presenta en forma de dermatitis aerotransportada afectando a región facial. Las resinas epoxi son plásticos utilizados en pinturas, aislamientos y adhesivos. La mayoría son diglicidil éteres de bisfenol A, suponiendo hasta en el 80% de los casos el alérgeno implicado. Esta DCA puede repercutir en las salidas laborales posteriores de estos adolescentes, restringiendo su acceso a la aeronáutica, la construcción y la pintura. En conclusión, este caso destaca la importancia de una anamnesis exhaustiva, preguntando no solo sobre factores ocupacionales sino también sobre aficiones. Asimismo, preocupa la fácil disponibilidad de productos altamente alergénicos para la población general sin regulación, como son las resinas epoxi.

P55. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA OCUPACIONAL POR RESINAS EPOXI

S. Gómez Martínez, C. Riquelme Mc Loughlin y V. Amat Samaranch

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

Introducción. Las resinas epoxi son una de las principales causas de dermatitis de contacto alérgica (DCA) ocupacional. Más del 75% de las resinas epoxi son derivadas del diglicidil éter de bisfenol A (DGEBA), el sensibilizante más frecuente.

Caso clínico. Varón de 53 años, trabajador especializado en pavimentación con resinas epoxi desde hace 20 años. Desde hacía 1 año presentaba brotes de eccemas en manos, brazos y cara de creciente gravedad. Tras una exposición ocupacional sin equipo de protección, desarrolló cuadro eritodérmico muy pruriginoso. No presentaba fiebre ni otros síntomas sistémicos. Analíticamente destacaba eosinofilia moderada. Con la sospecha de dermatitis de contacto alérgica, ingresó para tratamiento con fomentos de permanganato potásico, corticoides tópicos y orales, con lo que se resolvió por completo. Las biopsias cutáneas mostraron un patrón de dermatitis espongiótica con infiltrado inflamatorio linfohistiocitario con abundantes eosinófilos.

Resultados. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, la batería de resinas epoxi, plásticos y colas, taladrinas y aceites de corte (Allergeaze®). Se obtuvo positividad para resina epoxi-bisfenol A y 4,4'-diaminodifenilmetano (DDM) con relevancia presente, ya que ambos se hallaron en productos en su ámbito laboral. Se orientó como una DCA ocupacional por DGEBA y DDM. El paciente no ha vuelto a presentar lesiones desde que evita la exposición a resinas epoxi.

Discusión. Presentamos un caso de DCA ocupacional al componente más frecuente de las resinas epoxi (DGEBA) y a DDM, un diisocianato empleado como endurecedor. La DCA a resinas epoxi y aditivos se presenta en el 20% de los trabajadores con pavimentos y suele provocar síntomas en manos, brazos, cara y cuello. Además del DGEBA, endurecedores y diluyentes de las resinas también pueden provocar DCA, y dado que son más volátiles, producen más frecuentemente patrones de DCA aerotransportadas. La gravedad de algunos cuadros como este, obliga a los pacientes a cambiar de trabajo para evitar por completo el alérgeno.

P56. DERMATITIS ATÓPICA GRAVE ASOCIADA A SENSIBILIZACIÓN OCUPACIONAL A RODIO

N. Medrano Martínez, L. Jiménez Briones, D. Vírveda González, M. Córdoba García-Rayó, R. Suárez Fernández y A.M. Almodóvar Real

Dermatología Médico-Quirúrgica. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. La dermatitis de contacto alérgica tiene una prevalencia similar en pacientes atópicos que en la población general y debemos considerarla una comorbilidad frecuente en la dermatitis atópica por la disrupción de la barrera cutánea. Por ello se recomienda la realización de pruebas epicutáneas sobre todo en pacientes refractarios o con mala evolución a pesar de tratamientos.

Caso clínico. Mujer de 27 años con diagnóstico de dermatitis atópica grave desde la primera infancia, así como asma, alergia a alimentos, y alopecia areata. Trabajadora desde 2018 en sector metalúrgico con manipulación de joyería (embellecimiento con disolventes y barnices). Aportaba informe reciente de batería específica realizada en centro privado negativa a metales: antimonio, cadmio, sulfato de cobre, tiosulfato de oro, indio, manganeso, platino, titanio, aluminio, latón, plata, níquel y zinc. Refractaria a

varias líneas de tratamientos sistémicos clásicos y avanzados: metotrexato, tralokinumab (suspendido por fallo de respuesta primario), baricitinib (por asociación alopecia areata en patrón ofiásico, discontinuado por fallo de respuesta secundario) y actualmente abrocitinib 200mg/día con respuesta parcial. Reinterrogando a la paciente, refería en 2022 cambio de empresa, y aumento de lesiones eccematosas en manos y faciales que relacionaba con contacto manual con productos y presencia de polvo en suspensión. Se realizaron nuevas pruebas epicutáneas ampliadas (True Test + con cloruro de hierro, rodio, paladio y 2-hidroxiethylmetacrilato al 2%), con lectura positiva a las 96h a rodio (++), llegando al diagnóstico de dermatitis atópica grave con sensibilización actual a rodio con relevancia presente.

Discusión. El rodio es un metal del grupo de los platinos de uso creciente en aleaciones en ortopedia, odontología y joyería, en un intento de reducir la liberación de níquel, el retraso de la corrosión y por su reflectancia. Es empleado en las fases finales del procesamiento de productos de oro blanco, plata y platino para aportar brillo y durabilidad. Pese a su atribuida baja capacidad sensibilizante como sal se debe considerar ante eccemas de contacto directo y aerotransportado refractarios en trabajadores con metales preciosos, especialmente en pacientes con disrupción de la barrera cutánea, pudiendo requerir de adaptación del puesto laboral.

P57. DERMATITIS DE MANOS UNILATERAL EN UN PODÓLOGO

C.A. Villanueva Álvarez-Santullano, M. Campos Domínguez, B. Rodríguez Sánchez, J. Martín Nieto, L.Á. Zamarro Díaz y R. Suárez Fernández

Dermatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. El para-terciario-butilfenol-formaldehído es una resina sintética policondensada que se emplea como adhesivo para unir goma y cuero, muy utilizado por su durabilidad en la marroquinería y en el calzado.

Caso clínico. Varón de 38 años con antecedentes de atopía (rinoconjuntivitis y asma por sensibilización a pólenes, ácaros y epitelios). Ámbito laboral: podólogo. Refería lesiones pruriginosas en mano derecha de años de evolución, con fases de mejoría y empeoramiento. Presentaba respuesta al tratamiento con propionato de clobetasol 0,5mg/g crema. Reconocía cierto prurito puliendo plantillas podológicas.

Resultados. En el estudio con la batería estándar española, la resina p-ter-butilfenolformaldehído presenta una reacción positiva a las 96 h.

Discusión. El estudio de las enfermedades particulares de cada profesión es de gran importancia, por su trascendencia en la vida del paciente. Una historia detallada es fundamental. La historia de sintomatología y empeoramiento con la manipulación fue clave en este caso.

P58. ECZEMA DE CONTACTO AEROTRANSPORTADO POR ÁCIDO LIPOICO EN TRABAJADOR INDUSTRIAL

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

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

Un varón de 54 años consultó por brotes recurrentes de lesiones cutáneas. Su primer brote había ocurrido en mayo de 2023, seguido de episodios recurrentes mensuales, excepto durante las vacaciones. Tenía antecedentes de rinitis vasomotora y alergia a

ácaros del polvo. Trabajaba en una fábrica de productos químicos sin contacto directo con las sustancias. Los brotes habían sido progresivamente más intensos, presentando eritema, descamación y exudación afectando ojos, manos, antebrazos y rostro, con episodios severos que habían requerido hospitalización y tratamiento con corticoides. No se habían identificado nuevos fármacos ni factores desencadenantes claros, salvo la posible relación laboral. Se había observado una correlación temporal entre los brotes y la producción de ácido alfa lipoico, el único producto fabricado durante todos los brotes. En la consulta inicial se habían realizado pruebas de parche, resultando positivas para dicromato potásico, bálsamo de Perú y cobalto, con relevancia desconocida. Posteriormente, se habían realizado pruebas específicas con ácido alfa lipoico en diferentes concentraciones (0,5%, 1%, 5%), resultando todas positivas con relevancia actual. Un control en una paciente sana había sido negativo, confirmando la especificidad de la reacción en el paciente. Se había confirmado la relación entre la exposición laboral al ácido alfa lipoico y los brotes de dermatitis alérgica de contacto, con mejoría al evitar la exposición. El ácido alfa-lipoico (ALA), o ácido tióctico, es un compuesto orgánico con propiedades antioxidantes que actúa como coenzima en reacciones metabólicas dentro de las mitocondrias. Se utiliza en la industria farmacéutica y de suplementos dietéticos por sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias. ALA se encuentra comúnmente en productos como suplementos vitamínicos, productos antienviejecimiento y medicamentos destinados a mejorar el metabolismo energético. A pesar de su uso extendido, la evidencia científica ha documentado casos de dermatitis alérgica de contacto y urticaria de contacto provocados por ALA, con reacciones que varían desde leves hasta severas. Estos efectos adversos han sido reportados principalmente en productos tópicos y suplementos dietéticos, destacando la necesidad de una vigilancia continua y una evaluación cuidadosa de su perfil de seguridad.

P59. DERMATITIS DE CONTACTO AEROTRANSPORTADA POR TERNERA, EN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB

V. Gargallo Moneva^a, B. Huertas Barbudo^b, B. Díaz Ley^a, A. Cabrera Hernández^a, N. Valdeolivas Casillas^a y M.A. Segurado Rodríguez^a

^aDermatología. ^bAlergología. Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. España.

Presentamos el caso de un varón de 43 años con historia de dermatitis atópica de largo tiempo de evolución en tratamiento con upadacitinib con buen control de las lesiones salvo unas lesiones eccematosas faciales que comentaba que desde hacía unos meses comenzaron tras una quemadura facial por exposición solar. Le aparecían cíclicamente y parecían tener un curso independiente a su dermatitis, pasando de una fase eritematosa inicial, a una fase descamativa para luego resolverse y repetirse el ciclo cada 1 o 2 semanas. Estas lesiones estaban limitadas a la zona donde había tenido la quemadura y la zona de pliegue supraauricular. El paciente trabajaba principalmente de oficina en una empresa cárnica, pero era el encargado de realizar los controles de calidad. Se realizaron pruebas de contacto con la batería estándar y ampliada española que resultaron negativas. Los prick test y pruebas de IgE específica para ternera en sangre resultaron altamente positivos pese a que el paciente no tenía ninguna sintomatología cuando consumía los alimentos. En vista de los resultados, se aconsejó cambiar la mascarilla de papel que utilizaba habitualmente cuando realizaba los test de calidad por alguna barrera más eficaz y el paciente comenzó a usar un pasamontañas cuando tenía que hacer los controles de calidad con carne. Las lesiones desaparecieron completamente. En este caso hubo un elemento probablemente facilitador del cuadro que fue la quemadura solar que pudo faci-

litar sensibilización posterior. La mayoría de los casos reportados de alergia de contacto ocupacional a la carne ocurre con casos de eccema de manos en los que una dermatitis atópica o irritativa previa facilitaba la sensibilización. Aunque es una forma inusual, existen casos de dermatitis de contacto aerotransportada a proteínas en trabajadores de panadería en contacto con harina por exposición a alfa amilasa.

P60. CUANDO EL ECCEMA SE DISFRAZA DE LUPUS: ALERGIA DE CONTACTO A FOTOPROTECTOR

J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, M.I. Úbeda Clemente y M. E. Giménez Cortés

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

El Nylon-12 es un polímero sintético utilizado como ingrediente en un pequeño porcentaje de cosméticos. A continuación presentamos el caso de una alergia de contacto por sensibilización a este componente.

Mujer de 27 años que consultó por lesiones faciales de meses de evolución coincidiendo con el período estival. A la exploración se observaban placas eritematosas de morfología anular en región facial distribuidas bilateralmente y con patrón parcheado. La paciente había sido valorada previamente por estas lesiones y con sospecha de lupus se realizó una biopsia que mostraba únicamente patrón de espongirosis. Ante esta clínica, se reinterrogó a la paciente; refirió no haber realizado cambios en cosméticos aunque sí mencionaba mejoría tras la suspensión temporal del fotoprotector (Active Unify Isdin) que había comprado previamente al inicio del brote. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar y también se parchearon productos propios, entre ellos el fotoprotector. Tras la lectura a las 96 horas, los alérgenos incluidos en la serie estándar fueron negativos encontrándose positividad para el fotoprotector. Ante este resultado, se solicitaron los componentes del producto propio a la empresa farmacéutica, parcheándose los 35 componentes del fotoprotector con positividad para Nylon-12.

Con todo ello, se diagnosticó de dermatitis alérgica de contacto por sensibilización a este componente. El tratamiento consistió en la evitación del alérgeno y la paciente no ha vuelto a presentar lesiones. Presentamos un caso de alergia de contacto al Nylon-12, también conocido como PA-12 o Poliamida-12. Este componente es un polímero sintético de ácidos carboxílicos y aminas que tiene gran variedad de funciones, utilizándose en ropa, cables, automóvil, etc. También es utilizado como agente de carga en el 1,5% de los cosméticos por ser arreactivo y tener buena capacidad de absorción. Entre sus funciones destaca regulador de la viscosidad, opacificante y espesante de cosméticos proporcionando una textura suave, siendo utilizado en cremas corporales, maquillaje de ojos, barra de labios y otros productos para el cuidado de la piel. Este caso subraya la importancia de una correcta anamnesis ante una dermatitis de contacto y que además es crucial considerar este diagnóstico ante lesiones eritematosas parcheadas a nivel facial.

P61. DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN LA DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO SISTÉMICA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

E. Pérez Zafrilla, Á. González García, C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, A. Grau Echevarría, D. Blaya Imbernón, M. Finello, V. Zaragoza Ninet y J. Magdaleno Tapiá

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

La dermatitis alérgica de contacto sistémica (DACS) constituye un reto diagnóstico por su presentación clínica heterogénea y por la dificultad que supone sospechar un contactante como factor etiológico de unas lesiones cutáneas generalizadas.

Presentamos dos casos de DACS. La primera es una paciente de 74 años que consultó en urgencias por lesiones eccematosas generalizadas que comenzaron a nivel perineal. Como antecedentes destacaba el uso de óvulos vaginales de blastoestimulina para el tratamiento de radiodermatitis en el contexto de adenocarcinoma de útero. La segunda paciente es una mujer de 54 años que consultó inicialmente con una placa eccematosa figurada en flanco izquierdo tras aplicación de fórmula magistral con doxepina, posteriormente desarrolló lesiones generalizadas al recibir tratamiento con doxepina oral. LA DACS es una forma poco frecuente pero potencialmente grave de DAC cuyo diagnóstico puede ser complejo ya que requiere una elevada sospecha diagnóstica. Una de las formas más frecuentes es la de origen iatrogénico en relación a fármacos que tienen doble forma de presentación farmacológica: tópica y sistémica. Como es habitual en alergia cutánea requiere una anamnesis exhaustiva para reconocer este cuadro clínico.

P62. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A AVOBENZONA: UN FILTRO SOLAR UVA DE USO FRECUENTE

J.M. Camino Salvador^a, I. Zapata Martínez^a, A. Martínez Fernández^a, J. Torres Marcos^a, I. Checa Recio^a, C. Chiloeches Fernández^a, C. Sánchez Herreros^a, P. González Muñoz^a, A. Martín Fuentes^a, M.E. Gatica Ortega^b y M.A. Pastor Nieto^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ^bHospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Los filtros solares químicos son una causa conocida de dermatitis de contacto alérgica (DCA) y fotoalérgica. Presentamos dos casos clínicos de DCA a la avobenzona o butil metoxidibenzolmetano (BMDM) en fotoprotectores y realizamos una breve revisión sobre este filtro solar ubicuo y su potencial papel patogénico. De una parte, una mujer de 52 años fue derivada para estudio de lesiones eccematosas en cara, cuello y manos recurrentes desde hacia 30 años y que claramente atribuía a la aplicación o contacto externo con diversos fotoprotectores. Se efectuaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea (GEIDAC), la batería de filtros solares de Martí Tor® y los fotoprotectores propios. Los resultados de la lectura a las 48 (D2) y 96 horas (D4) fueron positivos para BMDM al 2% (+ no irradiado / ++ irradiado en D2; +/- en D4). De otra, una mujer de 60 años con antecedente de alopecia frontal fibrosa fue estudiada a raíz de reacciones eccematosas relacionadas con la aplicación del fotoprotector solar ISDIN Fusion Fluid Spot Prevent. Tras un test de uso positivo, que provocó eritema y descamación facial difusa al tercer día, se realizaron pruebas epicutáneas con los ingredientes individuales facilitados por el fabricante, mostrando una positividad para el BMDM al 2% (+ en D2, ++ en D4) contenido en el producto. El BMDM (avobenzona, Parsol 1789) es una molécula soluble capaz de absorber la luz de 320 a 400 nm. Por ello, es uno de los filtros UVA más comunes en fotoprotectores y cosméticos, incluidos de uso pediátrico. Pese a su carácter ubicuo, se han reportado casos de sensibilización. Como ilustran los casos presentados, el BMDM puede ser causa de sensibilización relevante en determinadas pacientes. El diagnóstico de una DCA a productos contenidos en fotoprotectores requiere la identificación y testado de sus componentes individuales.

Urticaria

P63. IMPACTO DE LA URTICARIA CRÓNICA EN LA TOMA DE DECISIONES VITALES: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

A. Soto Moreno^a, L. Fuentes-Barragán^b, C. Ureña-Paniego^a, S. Arias-Santiago^a, R. Sanabria-de la Torre^c y T. Montero-Vilchez^d

^aDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bFacultad de Medicina. Universidad de Granada. ^cUnidad de Producción Celular e Ingeniería Tisular. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^dDepartamento de Dermatología. Unidad de Dermatitis Atópica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La urticaria crónica (UC) es una enfermedad crónica cutánea que impacta en la calidad de vida. Podría influenciar la toma de decisiones vitales, aunque no hay estudios previos que evalúen estos aspectos. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la UC en la toma de decisiones vitales.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes con UC de ≥ 6 meses de evolución, con edad ≥ 18 años. Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas y la gravedad con el Urticaria Activity Score 7 (UAS-7). Las decisiones vitales se recogieron en un cuestionario siguiendo una escala Likert de 4 puntos que valoraba las dimensiones laborales, educativas, sociales, reproductivas y sexuales, lúdicas, vivienda, hábitos de vida y tóxicos.

Resultados. Se incluyeron 30 pacientes de UC con 5,6 años de media de duración (9,96). Las decisiones vitales más afectadas fueron el estilo de vida (70%), desempeño laboral (63,3%), vacaciones nacionales (60%) y forma de vestir (60%). Además, el impacto en las decisiones fue mayor en los pacientes más graves, destacando el estilo de vida (90,5% en pacientes graves vs 22,2% en pacientes leves-moderados, $p = 0,002$) y desempeño laboral (84,2% vs 37,5%, $p = 0,036$).

Conclusiones. La UC influye en la toma de decisiones vitales. Los pacientes más graves reflejan un mayor impacto de la enfermedad en estas decisiones. Esta información podría ser utilizada para mejorar la asistencia biopsicosocial de los pacientes que consultan por ellas.

P64. REMIBRUTINIB REDUCE LOS SÍNTOMAS Y LA MEDICACIÓN DE RESCATE EN LOS PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA A PESAR DE LA AUSENCIA DE MEDICACIÓN DE BASE

J.F. Silvestre-Salvador^a, L. Clore^b, W. Carr^c, J. Tillinghast^d, V. Jain^e y A.M. Giménez Arnau^f

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España. ^bAllergy and Asthma Specialists. PSC. Owensboro. Kentucky. ^cAllergy and Asthma Associates of Southern California. Southern California Research. Mission Viejo. California. ^dThe Clinical Research Center. St. Louis. Missouri. Estados Unidos. ^eDivision of Clinical Immunology and Allergy. Department of Medicine. McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá. ^fDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción. Exploramos el efecto del tratamiento con remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton, sobre el uso de medicación de rescate sin antihistamínicos-H1 (H1-AH) basales en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE).

Métodos. En este estudio de extensión de fase 2b de 52 semanas (NCT04109313), los pacientes con UCE que completaron el estudio principal (NCT03926611) y tenían una puntuación semanal de actividad de la urticaria (UAS7) ≥ 16 al inicio del estudio de extensión recibieron remibrutinib 100 mg dos veces al día hasta las 52 semanas. Se permitió el uso de H1-AH de base concomitantes durante las se-

manas 5-52, pero no en las cuatro primeras semanas del estudio de extensión. A los pacientes con síntomas insoportables se les permitió el uso de H1-AH de segunda generación, que se eliminan principalmente por excreción renal, como medicación de rescate. Los pacientes registraron una vez al día en un diario electrónico el número de comprimidos de H1-AH de rescate utilizados durante las 24 horas anteriores para controlar el prurito o la urticaria. El uso semanal de medicación de rescate se calculó como el número total de comprimidos utilizados durante 7 días utilizando estadísticas de resumen.

Resultados. En total, 194 pacientes recibieron remibrutinib en el estudio de extensión. Durante las primeras cuatro semanas con remibrutinib en monoterapia la media \pm desviación estándar semanal de uso de medicación de rescate se redujo desde $8,5 \pm 10,9$, al inicio, hasta $4,0 \pm 9,1$, $3,9 \pm 8,9$, $3,8 \pm 8,4$, $4,1 \pm 9,0$ en las semanas 1 a 4, respectivamente. En la semana 4, el cambio medio en la puntuación UAS7 desde el inicio fue de $-17,58$ (puntuación inicial media: 27,91) y 53/194 pacientes alcanzaron una respuesta completa (UAS7 = 0).

Conclusiones. El tratamiento con remibrutinib redujo el uso semanal de medicación de rescate en comparación con el inicio y mejoró los síntomas a pesar de la ausencia de medicación de base.

P65. REMIBRUTINIB EN URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA SEMANA 24 EN LOS ESTUDIOS REMIX-1/-2

A. Giménez-Arnau^a, M. Metz^b, M. Hide^c, V. Jain^d, A. Khemis^e y M. Maurer^b

^aDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. ^bUrticaria Center of Reference and Excellence (UCARE). Institute of Allergology. Charité - Universitätsmedizin Berlin. Corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin. Alemania. ^cDepartment of Dermatology. Hiroshima City Hiroshima Citizens Hospital. Hiroshima. Japón. ^dDivision of Clinical Immunology and Allergy. Department of Medicine. McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá. ^eDermatologie. Polyclinique Saint George - Groupe Kantys. Nice. Provence-Alpes-Cote d Azur. Francia.

Introducción. Remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton, ha demostrado eficacia superior vs placebo en la semana (s)12 y seguridad favorable a las s24 en los estudios de fase 3 REMIX-1/-2 en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE) no controlada con antihistamínicos H1 (H1-AH). Se presentan datos del tratamiento a largo plazo.

Métodos. Pacientes aleatorizados 2:1 a remibrutinib 25 mg dos veces/día (BID) o placebo durante s24 seguidas de s28 con remibrutinib 25mg BID. Se evaluó el cambio respecto al valor basal (CB) en la puntuación semanal de la actividad de la urticaria (UAS7) y de la gravedad del prurito (ISS7) y la urticaria (HSS7) en la s12, así como la proporción de pacientes con ausencia total de prurito y urticaria (UAS7 = 0) en la s12 y UCE bien controlada (UAS7 ≤ 6) en las s2 y s12 y la aparición de acontecimientos adversos (AA). Los criterios de valoración se reevaluaron tras s24 y s52.

Resultados. En REMIX-1/-2, 313 y 300 pacientes se aleatorizaron a remibrutinib 25 mg BID, respectivamente; 157 y 155 se aleatorizaron a placebo, respectivamente. Remibrutinib mostró mejoras superiores vs placebo en CB-UAS7, CB-ISS7 y CB-HSS7 en la s12, sostenidas hasta la s24, y en media de mínimos cuadrados en CB-UAS7 (REMIX-1: $-20,9$ vs $-16,0$; REMIX-2: $-20,5$ vs $-14,0$), CB-ISS7 y CB-HSS7 en la s24. Remibrutinib mostró mejoras significativas vs placebo en UAS7 ≤ 6 desde la s2; un mayor número de pacientes alcanzó UAS7 ≤ 6 y UAS7 = 0 en la s12, manteniéndose hasta la s24. Remibrutinib fue bien tolerado; el perfil de AA fue comparable entre remibrutinib y placebo. Se prevé presentar datos de la s52.

Conclusiones. Remibrutinib demostró eficacia mantenida desde la s2 hasta la s24, con un perfil de seguridad favorable. Esto respalda su potencial como tratamiento oral novedoso para pacientes con UCE no controlada con H1-AH.

P66. TIEMPO HASTA LA PRIMERA RECAÍDA EN EL SEGUIMIENTO LIBRE DE TRATAMIENTO SIN REMIBRUTINIB EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA: ANÁLISIS SEGÚN EL ESTADO BASAL Y LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

B. Veleiro Pérez^a, A. Greiner^b, V. Jain^c, A.M. Giménez-Arnau^d, J. Tillinghast^e y R. Snyder^f

^aServicio de Alergología. Hospital Abente y Lago. A Coruña. A Coruña. España. ^bAllergy and Asthma Medical Group and Research Center. University of California, San Diego. California. Estados Unidos. ^cDivision of Clinical Immunology and Allergy. Department of Medicine. McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. ^eThe Clinical Research Center. St. Louis. Missouri. Estados Unidos. ^fRiverchase Dermatology. Pembroke Pines. Florida. Estados Unidos.

Introducción. Exploramos el efecto de remibrutinib, un inhibidor oral altamente selectivo de la tirosina quinasa de Bruton, sobre el tiempo hasta la primera recaída (puntuación semanal de actividad de la urticaria [UAS7] \geq 16) durante el periodo de seguimiento libre de tratamiento en un estudio de extensión de fase 2b en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE).

Métodos. En este estudio de extensión a largo plazo de 52 semanas (NCT04109313) se administró remibrutinib 100 mg dos veces al día a pacientes con UAS7 \geq 16 basal que habían completado el estudio principal (NCT03926611). Los pacientes con UAS7 \leq 6 en la semana 52 (final del periodo de tratamiento) se siguieron hasta la recaída o las 16 semanas. Los resultados incluyeron el tiempo hasta la primera recaída en el total de pacientes y en subgrupos según el estado basal de la enfermedad (moderada [UAS7 16 a < 28] y grave [UAS7 28 a 42]) y la duración de la UCE.

Resultados. En la semana 52, 100 pacientes tenían UAS7 \leq 6 y 98 se incluyeron en el periodo de seguimiento. En total, 41/98 pacientes recayeron durante el periodo de seguimiento, el 34,7% (n/M = 34/98) en las 4 primeras semanas. La tasa de recaída en las 4 primeras semanas fue del 30,0% (n/M = 15/50) y del 41,9% (n/M = 18/43) en los grupos de enfermedad moderada y grave, respectivamente. En los grupos de duración de la UCE (\leq 1, > 1 a \leq 3, > 3 a \leq 5, > 5 años), la tasa de recaída fue del 55,6% (n/M = 5/9), 35,5% (n/M = 11/31), 46,7% (n/M = 7/15) y 25,6% (n/M = 11/43), respectivamente. La estimación porcentual de Kaplan Meier para la proporción acumulada de pacientes con UAS7 \geq 16 al final del periodo de seguimiento fue del 43,9%.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que recayeron lo hicieron en las 4 primeras semanas tras la retirada del tratamiento. Los pacientes con un estado grave de la enfermedad (frente a moderado) experimentaron una mayor recaída, mientras que la duración de la enfermedad no tuvo ningún impacto en la recaída.

P67. URTICARIA LOCALIZADA POR FRÍO

J. Ruiz Sánchez^a, N. Martos Bianqui^b, O. Al-Wattar Ceballos^c y J.F. Silvestre Salvador^d

^aSección de Dermatología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant. ^bServicio de Alergología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. ^dServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

Introducción. La urticaria por frío se clasifica dentro de las urticarias inducibles. Se subdivide en función de la respuesta al test del cubito de hielo en típica o atípica. La urticaria localizada por frío se caracteriza por la aparición de lesiones únicamente en áreas específicas, sin respuesta en otras partes del cuerpo.

Caso clínico. Varón de 16 años, con antecedentes de rinitis e hipotirodismo subclínico, presentaba desde hace un año una placa erite-

mato-edematosa recurrente en el hemiabdomen derecho tras ducharse con agua fría, sobre una mancha café con leche congénita. No había antecedentes familiares relevantes ni síntomas sistémicos asociados. Las pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma, crioglobulinas, complemento, VSG) fueron normales, excepto una IgE total elevada (229.9 UI/ml). Las serologías para infecciones relevantes fueron negativas y el test del cubito de hielo mostró una única placa habonosa en el hemiabdomen derecho. El TempTest® en antebrazo, así como los signos de dermografismo y Darier en abdomen fueron negativos. Se diagnosticó urticaria localizada por frío idiopática y se decidió abstención terapéutica.

Discusión. Revisamos 13 casos de urticaria localizada por frío: 7 idiopáticos y 6 secundarios. La mediana de edad en los casos secundarios fue de 27,5 años, mayoritariamente en hombres, con lesiones en miembros superiores, excepto un caso por picadura de insecto. Los casos idiopáticos tuvieron una mediana de edad de 26 años, afectando igualmente a hombres y mujeres. Se hipotetiza que la densidad de mastocitos podría explicar la distribución de las lesiones idiopáticas. Nuestro caso destaca por su localización en el abdomen, una zona con baja densidad mastocitaria.

Conclusión. Los casos de urticaria localizada por frío idiopática reportados se han presentado en la cabeza, palmas y plantas. Este caso destaca por presentarse en localización abdominal, no descrita previamente, ampliando el conocimiento sobre las posibles localizaciones de esta afección.

P68. ANGIOEDEMA VIBRATORIO ADQUIRIDO DESENCADENADO POR RONQUIDOS "PARANORMALES"

M.V. Signes-Costa Smith^a, N. Aranda Sánchez^a, M. Cotarelo Hernández^a, C. Romera de Blas^a, J.J. Amorós Oliva^a, M.J. Carrera Hernández^a, C. Pérez Hortet^a, M. A. Pastor Nieto^b y M.E. Gatica Ortega^a

^aDermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. ^bFundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. La urticaria crónica espontánea (UCE) se asocia tanto con angioedema como con urticaria crónica inducible (UCInd). El angioedema vibratorio adquirido es la variante más frecuente de UCInd desencadenada por el estímulo vibratorio. Presentamos un paciente con UCE asociada a episodios de angioedema desencadenados por la vibración del ronquido.

Caso clínico. Varón de 67 años con UCE y episodios de angioedema de 7 meses de evolución. Las lesiones de UCE respondían a dosis altas de antihistamínicos de segunda generación. Sin embargo, no era posible suspender los corticoides orales debido al angioedema. Los eventos de angioedema se manifestaban como edema de labio y úvula, macroglosia y voz ronca por las mañanas, precisando atención en el servicio de urgencias. Interrogando de forma dirigida acerca de si el paciente era roncadador habitual, la esposa respondió inmediatamente que el paciente roncaba "de manera paranormal" especialmente la noche previa a los brotes de angioedema. El paciente había consultado unos años antes por ronquido y le habían indicado un dispositivo nasal que no utilizaba. Le indicamos utilizarlo y desde la implementación de esta medida, el paciente no volvió a roncar ni a experimentar episodios de angioedema tras 7 meses de seguimiento. La prueba de provocación con un vórtice de laboratorio resultó negativa.

Discusión. El angioedema de lengua, labios y úvula desencadenados por el ronquido en el contexto de una urticaria-angioedema vibratoria posiblemente sea infradiagnosticado. Reconocer los síntomas característicos y la historia del paciente es clave para su diagnóstico. Esta condición podría confirmarse mediante la prueba de vórtice si bien esta podría resultar negativa como en nuestro caso debido a que la intensidad y duración del estímulo probablemente no fueron suficientes para llegar al umbral de desencadenamiento.

El cuadro de angioedema de meses de evolución mostró una inmediata resolución al cesar el ronquido, lo que apuntó al diagnóstico de angioedema vibratorio desencadenado por la vibración del ronquido. En la literatura, existe un caso publicado de urticaria-angioedema vibratorio desencadenado por ronquido. También se ha publicado que un porcentaje elevado de pacientes roncoadores presentan edema de úvula idiopático interpretándose que la vibración del ronquido podría ser la causa del edema de úvula en estos casos.

Miscelánea

P69. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA, ABORDAJE TERAPÉUTICO Y COMORBILIDAD EN EL PRURIGO NODULAR: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

J.C. Armario Hita^a, M. Munera Campos^b, J.J. Pereyra Rodríguez^c, R. Ruiz Villaverde^d, Á. Flórez Menéndez^e y J.F. Silvestre Salvador^f

Dermatología. ^aHospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. ^cHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^dHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. ^fHospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. España.

Introducción. El prurigo nodular (PN) es una dermatosis crónica caracterizada por nódulos intensamente pruriginosos, que afecta significativamente a la calidad de vida de los pacientes. A pesar de su relevancia clínica, existen pocos datos detallados sobre su epidemiología, características clínicas y abordaje terapéutico en práctica clínica. El objetivo de este trabajo fue identificar las características clínicas, los métodos diagnósticos, el tratamiento y las comorbilidades asociadas al PN

Material y método. Estudio observacional transversal multicéntrico de pacientes con diagnóstico de PN atendidos en servicios de Dermatología en España.

Resultados. Se incluyeron 97 pacientes adultos diagnosticados de PN. La edad media de los pacientes fue de 53,34 años (DE 15,61), con una distribución de género de 35,05% hombres y 64,95% mujeres. En el 66,3% de los pacientes el PN no estaba asociado a dermatitis atópica. La morfología de la lesión predominante fue la nodular 80,25%. Un 55,67% presentaba más de 20 lesiones repartidas en más de una zona corporal. Solo un 14,13% no reportó comorbilidades, de los que un 57,73% tres o más. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (16,67%), dislipemia (36,46%) e hipertensión arterial (30,21%). En la actualidad un 24,74% recibía corticoides tópicos, un 23,71% tratamiento biológico, un 15,46% otros inmunosupresores sistémicos convencionales, un 14,43% fototerapia y un 10,31% antihistamínicos sistémicos. Durante los últimos 7 días un 39,58% presentó bastante o mucho picor, un 62,5% presentó alteraciones del sueño y el 33,33% se sintió bastante o muy incómodo por sus problemas en la piel. El objetivo terapéutico más importante para los pacientes fue la reducción de la intensidad del picor (77,08%), la reducción del número de lesiones (37,50%), la mejora de la calidad del sueño (21,88%) y la mejora del estado psicológico (15,05%). El índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) tuvo una media de 6,74 (DE = 6,88, rango 0-30) indicando un impacto moderado.

Conclusión. Este estudio destaca la carga significativa del PN en términos de calidad de vida. Los resultados subrayan la necesidad de estrategias de diagnóstico temprano y abordajes terapéuticos que permitan un mejor control de la enfermedad.

P70. LUPUS ERITEMATOSO SUBAGUDO EXTENSO POR PRASUGREL

I. Ibarrola Hermoso de Mendoza^a, M. Hervella Garcés^a, C. Miguel Miguel^a, P. Rodríguez Jiménez^a, A. de Olivera Gomes^b y J.I. Yanguas Bayona^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. El lupus eritematoso subagudo (LECSA) inducido por fármacos, consiste en la aparición de manifestaciones clínicas, inmunológicas e histológicas similares a las del lupus eritematoso idiopático, que coinciden temporalmente con la toma de ciertos fármacos y se resuelven tras su retirada.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 55 años que consultó en dermatología por una erupción eritematosa de curso progresivo, que apareció un mes después de sufrir un infarto agudo de miocardio y comenzar con medicación antiagregante con prasugrel. A la exploración se constató una erupción papuloeritematosa, muy pruriginosa con lesiones anulares, que respondió parcialmente a corticoterapia oral. Se planteó un diagnóstico diferencial entre toxicodermia tipo eritema multiforme (EM) y LECSA. Se tomó una biopsia que fue compatible con pitiriasis liquenoide, y la analítica de sangre confirmó un resultado de ANA+ 1/1280 y Anti Ro/La+. Con todo ello se estableció el diagnóstico de LECSA inducido por prasugrel. Se instauró tratamiento con antihistamínico, prednisona oral y mometasona tópica, junto con la sustitución de prasugrel por ticagrelor. Actualmente, tras haber suspendido la antiagregación, presenta una gran mejoría con máculas residuales y resolución del prurito.

Discusión. El lupus eritematoso (LE) es una enfermedad autoinmune de causa desconocida, no obstante, más de 90 fármacos se han relacionado con la inducción o exacerbación de un cuadro clínico similar, conocido como síndrome lupus-like. Se ha evidenciado ampliamente la relación causal con hidralacina, procainamida o isoniácida, pero no existen reportes previos de su relación con prasugrel. Respecto a la etiopatogenia, no está claro el mecanismo causante, pero no parece tratarse de una reacción de hipersensibilidad típica. Por definición el cuadro debe resolverse con la retirada del fármaco.

Conclusión. Este caso, del cual no existen reportes en la literatura, pone de manifiesto la necesidad de considerar el prasugrel como posible desencadenante de LECSA en un paciente con una erupción papuloescamosa fotodistribuida.

P71. PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA RECURRENTE POR DOS FÁRMACOS DIFERENTES

L. Corbalán Escortell^a, K.N. Sabas Ortega^a, P. Villagrasa-Boli^a, E.A. Bularca^a, M. García García^b y L. Prieto Torres^a

^aDermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción. La pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) es una reacción cutánea aguda y severa, generalmente de causa medicamentosa, especialmente relacionada con antibióticos betalactámicos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 72 años que a lo largo de los últimos 3 años ha desarrollado dos episodios de PEAG desencadenados por dos fármacos distintos. Primero, en junio de 2021, tras iniciar tratamiento durante un ingreso con Piperazilina-Tazobactam por un cuadro infeccioso respiratorio. Posteriormente, en mayo de 2024, el paciente acude a urgencias por unas lesiones cutáneas similares que empezaron tras la toma de ibuprofeno por artralgias. En ambas ocasiones la exploración física revelaba placas eritematosas con pústulas de unos 3-5 milímetros, no foliculares, rodeadas de un halo eritematoso, localizadas predominantemente en flancos, espalda y cara posterior de extremidades inferiores.

Resultados. En los dos episodios presentaba alteraciones analíticas similares consistentes en leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Asimismo, las biopsias mostraron pústulas subcórneas con edema e infiltrado perivascular e intersticial mixto en la dermis, destacando la presencia de neutrófilos y eosinófilos compatibles con el diagnóstico clínico de PEAG. Actualmente el paciente se encuentra en espera para realizar pruebas epicutáneas. En ambos casos, el cuadro se resolvió tras la suspensión de los fármacos sospechosos y tratamiento de soporte.

Discusión. La PEAG es una enfermedad infrecuente y las recurrencias son excepcionales, siendo generalmente tras el uso de fármacos con estructuras químicas relacionadas. Algunos autores postulan que la PEAG es un proceso mediado por linfocitos T, pero aún se desconoce el mecanismo exacto. Nuestro caso sugiere la posibilidad de que pueda inducirse por fármacos químicamente diferentes en pacientes predispuestos por un patrón de disregulación de citoquinas. Tras la retirada del fármaco causante, las lesiones suelen desaparecer en unas dos semanas. El diagnóstico se basa en antecedentes medicamentosos, evolución clínica y hallazgos histológicos. El manejo incluye suspender el medicamento causante y tratamiento sintomático.

P72. DERMATITIS IRRITATIVA POR HIPERHIDROSIS PALMAR

A. Díez Santandreu^a, A. Alfaro Rubio^b y L. Hueso Gabriel^b

Dermatología. ^aInstituto Valenciano de Oncología. ^bHospital de Manises. Valencia. España.

Introducción. La hiperhidrosis es una afección médica caracterizada por una sudoración excesiva e incontrolable más allá de los requisitos normales del cuerpo para la termorregulación. Con una prevalencia del 5% que produce una afectación en la calidad de vida tanto física, social, psicológicamente y profesionalmente.

Caso clínico. Mujer de 26 años que acude a consulta por dermatitis irritativa en contexto de hiperhidrosis palmar grave en tratamiento con oxibutinina oral 10mg/d y tratamiento tópico con Glicopirronio sin mejoría. Se observa dermatitis irritativa en ambas palmas en relación con sudor abundante, que produce dolor y escozor e influye de forma negativa en su calidad de vida y desempeño profesional. La paciente trabaja de enfermera con uso frecuente de guantes que aumentaba la producción de sudor, humedad y maceración. Explicaba salida abundante de sudor a través del propio guante hacia el antebrazo.

Discusión. Se decide realizar inyección de toxina botulínica bajo sedación para evitar el dolor asociado a las inyecciones. Se realizaron inyecciones intracutáneas de toxina botulínica A espaciadas entre 1-2 cm con un total de 100 UI por palma. Se realizan un total de 50 inyecciones por palma con la aguja orientada entre 30° y 45° con respecto a la superficie de la piel y depositando 0,1 ml de toxina en la unión intradérmica. Se consigue anhidrosis aproximadamente en los 1,2 cm de perímetro en torno a cada inyección y aparece en pocos días con una duración media de 4-6 meses. Como efectos adversos se describe dolor intenso en relación con las inyecciones, parestesias y pérdida de fuerza.

P73. UTILIDAD DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS EN EXANTEMA INTERTRIGINOSO Y FLEXURAL SIMÉTRICO POR FÁRMACOS (SDRIFE): A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Finello, D. Blaya Imbernón, C. Labrandero Hoyos, R. Peñuelas Leal, A. Grau Echevarría, Á. González García, E. Pérez Zafrilla, E. Díez Recio y V. Zaragoza Ninet

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Introducción. El SDRIFE es una toxicodermia secundaria al contacto sistémico inicial o sucesivo con un fármaco, frecuentemente anti-

biótico. Las pruebas epicutáneas contribuyen a identificar el agente responsable de una toxicodermia, a filiar reactividades cruzadas y a establecer medicamentos seguros.

Casos clínicos. Mujer de 80 años con alergia a penicilina acudió a dermatología por cuadro clínico compatible con SDRIFE que inició 3 días tras tomar amoxicilina clavulánico por intervención odontológica. Recibió también clindamicina 4 días tras cambio de antibiótico por odontólogo. Resolvió lesiones con corticoides sistémicos y se citó al mes para pruebas.

Mujer de 70 años ingresó en dermatología por eritrodermia de predominio flexural tras tomar múltiples fármacos en contexto de flemon dental. En el transcurso de 1 mes recibió consecutivamente amoxicilina clavulánico e ibuprofeno 7 días, espiramicina y metronidazol (Rhodogil) 7 días y finalmente clindamicina 3 días. La clínica comenzó 5 semanas después del primer fármaco y 3 días después del último. Tuvo afectación inicial de pliegues y perianogenital con extensión ulterior al 90% de la superficie corporal. No asoció eosinofilia, ni compromiso sistémico. La biopsia cutánea fue compatible con toxicodermia, mejoró con 2 semanas de corticoterapia sistémica y se citó para pruebas en 2 meses.

Resultados. Se hicieron pruebas epicutáneas con parches de amoxicilina clavulánico y clindamicina, con lectura positiva al día 2 y 4 para amoxicilina clavulánico. Se confirma sospecha de SDRIFE por amoxicilina clavulánico. Se realizaron pruebas epicutáneas con amoxicilina clavulánico, ibuprofeno, espiramicina y metronidazol y clindamicina que resultaron positivas a los días 3 y 4 para clindamicina. Se confirma sospecha de SDRIFE por clindamicina.

Discusión. Estos casos son representativos de la utilidad de las pruebas epicutáneas en la identificación del agente responsable de toxicodermia entre varios sospechosos. El porcentaje de positividad de los parches en SDRIFE ronda el 50-80%, es uno de los tipos de toxicodermia donde es más rentable la prueba.

Para aumentar el rendimiento de la misma, debe realizarse entre 1 mes y 1 año tras la resolución de la clínica, en ausencia de medicamentos que interfieran en los resultados.

P74. NIÑA DE 5 AÑOS CON ALOPECIA AREATA UNIVERSAL TRATADA CON DUPILUMAB

M. Viñas Arenas, C. Díaz Sarrió, S. Planas Ciudad y X. García Navarro

Dermatología. Hospital Sant Antoni Abad. Vilanova i la Geltrú. Barcelona. España.

Introducción. El tratamiento de la alopecia areata en la práctica clínica es un reto complejo, con altas tasas de fracaso terapéutico o recaídas, siendo especialmente retadores los casos graves a largo plazo. Aún no se conocen por completo los mecanismos fisiopatogénicos subyacentes de la alopecia areata, siendo las publicaciones mayoritarias las que sostiene que la respuesta Th1 desempeña un papel importante, pero habiendo planteamientos más recientes que mencionan el posible papel de la vía Th2 y la deficiencia de células T reguladoras

Objetivos. Presentamos el caso de una niña de 5 años afecta de alopecia areata universal que inicia tratamiento con dupilumab. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano que regula la inflamación de tipo 2. Dupilumab tiene indicación desde los 6 meses para dermatitis atópica, pero siendo, hasta la fecha, limitados los casos publicados en alopecia areata.

Caso clínico. Niña de 5 años con antecedentes personales de dermatitis atópica leve, que controla bien con corticoides tópicos y una hermana mayor adolescente diagnosticada de psoriasis, como antecedente familiar destacable, que acude a consulta en octubre de 2023 con 3 placas de alopecia areata en vértex y región temporoparietal derecha (SALT 8). Inicia tratamiento tópico con minoxidil y propionato clobetasol 0,05% pero la paciente sigue presentando pérdida de pelo terminal con pilotracción positiva, presentando a

los 2 meses alopecia areata universal (SALT 100). A finales de diciembre se decide iniciar tratamiento con dupilumab a dosis de 300 mg cada 28 días. A destacar únicamente en la analítica previa un leve aumento de la IgE.

Resultados. Tras 5 meses de tratamiento la paciente presenta repoblación casi total, con placa de alopecia areata en región temporo-parietal derecha (SALT 10). La paciente sigue actualmente en tratamiento con Dupilumab 300 mg cada 28 días con una buena tolerancia.

Conclusiones. Se observó una mejoría rápida en los primeros cinco meses de tratamiento con dupilumab con un perfil de seguridad que coincide con los datos ya conocidos del fármaco en la dermatitis atópica. Estos datos sugieren un posible papel de la inflamación de tipo 2 en la alopecia areata, aunque son necesarios estudios clínicos adicionales.

P75. PRURITO REFRACTARIO INDUCIDO POR INMUNOTERAPIA TRATADO CON DUPILUMAB EN UNA PACIENTE CON MELANOMA ESTADIO IIIB

C. López-Sánchez, O. Yélamos Pena, H. Iznardo Ruiz y E. Serra-Baldrich

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

Introducción. El desarrollo de los inhibidores de puntos de control inmunitario ha supuesto una revolución en el tratamiento de múltiples neoplasias. Su mecanismo de acción mediante la activación de células T citotóxicas sin embargo se relaciona con posibles efectos inmunomediados que pueden afectar a cualquier órgano. Las toxicidades cutáneas son uno de los efectos adversos más prevalentes

y se observan en más de un tercio de los pacientes. Se cree que el mecanismo está relacionado con la activación de células T mediada por la inhibición de las vías PD-1/PD-L1 y CTLA-4, siendo el prurito aislado es una de las manifestaciones cutáneas más comunes y a menudo de difícil manejo. Si bien los corticoides son la primera línea de tratamiento, su administración sistémica a altas dosis durante periodos prolongados podría comprometer la respuesta al tratamiento antitumoral por lo que se necesitan alternativas eficaces y seguras.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 73 años con melanoma acral en el pie izquierdo, tratado quirúrgicamente en 2017, que desarrolló afectación adenopática inguinal izquierda durante el seguimiento cuatro años después. Un vaciamiento ganglionar confirmó infiltración tumoral en uno de los ganglios, y se inició tratamiento adyuvante con nivolumab que fue interrumpido a los 11 meses de tratamiento por neumonitis grado 2. La paciente refería desde el inicio del tratamiento además prurito generalizado, con escasa respuesta a corticoides tópicos y antihistamínicos orales. La neumonitis empeoró, requiriendo prednisona oral, que temporalmente alivió los síntomas cutáneos. Sin embargo, finalmente y a pesar de suspender el tratamiento con Nivolumab el prurito persistió meses después, afectando de forma importante su calidad de vida. Se realizó una biopsia que informó de un leve infiltrado perivascular superficial con algún eosinófilo, siendo la inmunofluorescencia directa negativa. Se decidió en ese momento iniciar tratamiento con Dupilumab a dosis de inducción y mantenimiento, con resolución de la clínica a las 3 semanas de tratamiento. La paciente se mantiene asintomática 12 meses después por lo que se ha empezado a espaciar la administración de Dupilumab a 300 mg/3 semanas.

Conclusiones. Dupilumab se presenta como una alternativa eficaz y segura en pacientes con prurito inducido por inmunoterapia en pacientes con melanoma avanzado.