



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

36 Reunión del Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía de la AEDV (GEDOC) Valencia, 14 y 15 de noviembre de 2024

COMUNICACIONES ORALES

Cirugía

1. NUEVOS HORIZONTES PARA EL COLGAJO EN "PUZZLE": REVISIÓN MULTICÉNTRICA DE 50 CASOS

L. Bascón Rodríguez^a, A. Martínez Torres^b, M.E. Iglesias Zamora^c, J. Romaní de Gabriel^a, F.J. de León Marrero^d, A. Tejera Vaquerizo^e, P. Navarro Guillamón^f, J.L. Martínez-Amo Gámez^g, P. Rodríguez Jiménez^h, A.L. Rodríguez Bujaldónⁱ, E. Castro González^j, D. Revilla Nebreda^k, R. Salido Vallejo^l, A. Jaka Moreno^m, I. Cervigón Gonzálezⁿ, J.M. Llamas Molina^o, M. Lova Navarro^o, E. Rodríguez Lomba^p, L. Leal Canosa^q, P. Díaz Morales^j, T. Solano Novo^r, C. López Sánchez^z, P. Lloret Luna^s, F. Russo de la Torre^u y A. Guilabert Vidal^a

Dermatología. ^aHospital General de Granollers. Granollers. Barcelona. ^bHospital Universitario Vinalopó. Elche. Alicante. ^cClinica M^a Eugenia Iglesias. Navarra. ^dHospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^eClinica Tejera Vaquerizo. Palma del Río. Córdoba. ^fClinica Navarro Guillamón. Málaga. ^gClinica Martínez Amo. Almería. ^hHospital Universitario de La Princesa. Madrid. ⁱClinica Rodríguez Bujaldón. Almería. ^jHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. ^kFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^lClinica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. ^mHospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. ⁿHospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. ^oHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ^pHospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^qHospital Gregorio Marañón. Madrid. ^rHospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ^sClinica Teresa Solano. Vigo. Pontevedra. ^tHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^uHospital Vithas Medimar. Alicante. ^vHospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción. El colgajo de avance conocido como colgajo en puzzle fue introducido por primera vez por Goldberg et al. en 2005

como una alternativa para pequeños defectos en el ala nasal. Aunque inicialmente diseñado para esta área, su aplicación se ha extendido a otras localizaciones faciales, como el surco melolabial, trago auricular y sien, con resultados estéticos satisfactorios.

Material y métodos. El presente estudio retrospectivo analizó 50 casos de colgajos en puzzle realizados por dermatólogos en distintos puntos de territorio español, mediante una recogida asistida por el grupo de dermatólogos conocido como "Dermachat".

Resultados. La mayoría de los pacientes eran mujeres, con una edad promedio de alrededor de setenta años. El carcinoma basocelular fue el diagnóstico histológico más común, con 48 de los 50 casos.

La localización tumoral más frecuente fue la punta nasal, seguida por otras áreas como el dorso nasal, el ala nasal, el surco nasogeniano y la retroauricular. La mayoría de los casos, en torno al 90%, no presentaron complicaciones inmediatas ni tardías, destacándose el efecto trampilla o trapping como la complicación más común dentro de lo infrecuente. No hubo recidivas de las lesiones extirpadas durante el seguimiento.

Discusión. Este estudio subraya la utilidad de la plastia en puzzle en la reconstrucción de defectos faciales, especialmente en la punta nasal y áreas adyacentes, así como su aplicación exitosa en otras localizaciones faciales menos comunes. Su baja tasa de complicaciones y la ausencia de recidivas sugieren que esta técnica puede ser considerada como una opción válida en el arsenal quirúrgico de los dermatólogos para la reconstrucción de defectos cutáneos faciales.

2. PLICATURA Y APROXIMACIÓN FORZADA PARA ACELERAR EL CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN TRAS UNA CIRUGÍA FUNCIONAL DEL APARATO UNGUEAL: ESTUDIO PROSPECTIVO BICÉNTRICO

J. Ceravalls^a, E. Masferrer i Niubò^b, J. Arandes-Marcocci^a, J. Serra Llobet^a y M. Salleras Redonnet^a

Dermatología. ^aHospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Hospitalario Quirónsalud. ^bHospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La plicatura y aproximación forzada (PAF) es una técnica sencilla y rápida que ha demostrado reducir el

tiempo hasta el cierre por segunda intención (CSI) en múltiples localizaciones corporales. Sin embargo, su utilidad tras la cirugía funcional del aparato ungueal (CFAP) no ha sido reportada.

Métodos. Se trata de un estudio bicéntrico prospectivo que ha incluido a los pacientes con tumores malignos mínimamente invasivos ungueales tributarios a cirugía funcional con seguimiento a 6 meses desde diciembre de 2022 hasta junio de 2024. El principal objetivo es determinar el tiempo hasta la curación. Los objetivos secundarios son la evaluación de las complicaciones postquirúrgicas y el resultado estético y funcional.

Resultados. Se recogieron 11 pacientes, el 90% fueron mujeres con una edad media de $62,18 \pm 12,87$ años. Todos fueron intervenidos por melanoma in situ, salvo un caso de carcinoma escamoso. El hallux fue el dedo afectado más frecuente ($n = 7$), seguido del pulgar ($n = 3$) y el índice ($n = 1$). El área media del defecto quirúrgico fue de $6,84 \pm 2,41$ centímetros cuadrados. El tiempo medio hasta la reepitelización completa fue de $51,09 \pm 12,87$ días. No observamos correlación entre el área del defecto y el tiempo hasta la reepitelización (Pearson = 0,412, $p = 0,208$). El dolor postoperatorio medio a los 7 días fue de 5,00, descendiendo a 2,18 a los 14 días y 0,54 a los 30 días, requiriendo opioides en el 45% de los pacientes (tramadol 50 mg/12 horas) la primera semana. La complicación postoperatoria más frecuente fue la aparición de espículas en 4 pacientes (36%), todas al control de los 3 meses. A los 6 meses, ningún paciente presentó alteraciones funcionales graves, reportando un resultado estético bueno o muy bueno en todos los casos.

Conclusión. La PAF es una técnica simple, económica y rápida que parece reducir el tiempo de CSI tras CFAP. Esta técnica presenta una tolerancia postoperatoria similar a la descrita previamente al realizar un injerto, con un buen resultado estético y funcional. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

3. VERSATILIDAD DEL COLGAJO PARAMEDIANO FRONTAL: EXPOSICIÓN DE TRES VARIANTES

O. Al-Wattar Ceballos^a, M. Montero García^a,
M. Gómez Manzanares^a, L. Martínez Montalvo^a,
M. Carmona Rodríguez^a, M.P. Sánchez Caminero^a,
R. Galán Hernández^b y G. Romero Aguilera^a

^aDermatología. ^bCirugía Maxilofacial. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Antecedentes y objetivos. Los defectos nasales extensos pueden provocar desfiguración permanente e importante morbilidad psicológica. Existen múltiples opciones reconstructivas a seleccionar según tamaño, localización y profundidad del defecto. Entre estas opciones se encuentra el colgajo paramediano frontal (CPF), el colgajo interpolado más utilizado en cirugía dermatológica. Nuestro objetivo es ilustrar tres variantes del CPF que muestran su versatilidad: clásica, tunelizada y doble para la reconstrucción total de nariz.

Material y método. Revisamos las historias clínicas de pacientes con tumores cutáneos nasales extensos de nuestra unidad reparados con CPF.

Resultados. La variante clásica del CPF consiste en un procedimiento quirúrgico en dos tiempos. En el primero se talla y transfiere el colgajo al defecto, y en el segundo, 2-4 semanas después, se escinde y separa el pedículo. En la variante tunelizada en un único tiempo quirúrgico se reparan defectos nasales con colgajos frontales que se tunelizan bajo la piel sana glabellar. Finalmente en la tercera variante mediante un doble CPF se realizó una reconstrucción completa de la nariz de un varón de 64 años, con amputación nasal tras 6 pases de Mohs por recurrencia de un carcinoma basocelular. El primer CPF se utiliza para reparar la mucosa nasal, y el segundo CPF permite la reconstrucción externa. En este último caso, fue una cirugía en tres tiempos. Las tres variantes permitieron obtener un resultado estético satisfactorio, sin complicaciones significativas.

Conclusiones. El CPF es una alternativa reconstructiva útil en defectos grandes, ya que su sólida irrigación vascular permite cerrar defectos distantes de importante tamaño. Es un colgajo versátil por la posibilidad de realizarlo en dos tiempos quirúrgicos (variante clásica), un tiempo quirúrgico (variante tunelizada) o por permitirnos reconstrucciones completas de nariz (variante doble).

4. INJERTO CONDROCUTÁNEO DE DOS CAPAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL ALA NASAL: SERIE DE 11 CASOS

F.J. Pérez Bootello, R. del Cristo Cova Martín,
J. Naharro Rodríguez, L.A. Pérez González, M. González Ramos,
B. de Nicolás Ruane, P. Burgos Blasco, D. de Perosanz Lobo,
L. Ríos Buceta y S.B. Ardébol

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

Antecedentes. La reconstrucción del ala nasal supone un desafío debido a la complejidad anatómica de la región. El injerto condrocutáneo de tres capas (piel-cartilago-piel) es una opción descrita que ofrece estabilidad estructural y cobertura de tejidos blandos en un solo acto quirúrgico. Sin embargo, su uso está limitado por la alta tasa de fracaso reportada, de entre el 47 y 70%. El injerto condrocutáneo de dos capas (piel-cartilago) es una alternativa funcionalmente similar que presenta menor morbilidad en la zona donante y una mayor superficie de aporte vascular, lo que podría mejorar la tasa de éxito quirúrgico.

Métodos. Se recopilaron los datos clínicos, fotografías, protocolos quirúrgicos y datos de seguimiento de 11 pacientes con defectos en el ala nasal reconstruidos mediante injerto condrocutáneo de dos capas, intervenidos entre junio de 2023 y julio de 2024.

Resultados. Se presenta una serie de 11 casos (3 mujeres y 8 varones) con un seguimiento medio de 6 meses. En todos los pacientes se extirpó un carcinoma basocelular. Dos de los pacientes fueron intervenidos mediante cirugía convencional; mientras que los otros 9 se sometieron a cirugía de Mohs. La mediana de tamaño del defecto fue de 15 mm (rango 10-20 mm).

En 9 (81,8%) pacientes la zona donante fue el antehélix ipsilateral al defecto, en todos estos casos la herida se dejó cerrar por segunda intención. En el resto de pacientes el injerto se tomó de región posterior del antehélix (2; 18,2%), realizando sutura primaria del defecto de la zona donante. En 10 (90,9%) pacientes se administró ciprofloxacino como profilaxis infecciosa postquirúrgica, y en 7 (63,6%) se administró sildenafil oral con el objetivo de mejorar el aporte vascular del injerto. El injerto prendió en el 100% de los casos. En 10 (90,9%) pacientes el resultado fue óptimo con reepitelización y soporte estructural completo del ala nasal. Un (9,1%) paciente presentó necrosis parcial (< 25%) del injerto, con un resultado estético subóptimo aunque sin compromiso funcional del ala nasal ni necesidad de reintervención.

Conclusiones. El injerto condrocutáneo de dos capas es una alternativa viable y con buen resultado para la reconstrucción del ala nasal en defectos pequeños y medianos en un solo acto quirúrgico, con una baja tasa de fracaso y mínima morbilidad asociada.

5. COLGAJO EN ESPIRAL LOGARÍTMICA PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN EL CUERO CABELLUDO

J. Amat Calbet, J. Romaní de Gabriel y A. Guilbert Vidal

Dermatología. Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona. España.

Introducción. La reconstrucción de defectos en el cuero cabelludo es un reto quirúrgico debido a la limitada distensibilidad de la piel,

su firme adhesión al periostio y la densa vascularización de la zona. El uso del colgajo de rotación y avance en espiral logarítmica, originalmente diseñado para corregir defectos pequeños del ala nasal, no ha sido ampliamente documentado para la reconstrucción de defectos más grandes en el cuero cabelludo. Este estudio retrospectivo evalúa la viabilidad y los resultados estéticos de esta técnica tras la extirpación de tumores en dicha área anatómica.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo cinco pacientes (4 hombres y 1 mujer) de entre 74 y 88 años que presentaban tumores de cuero cabelludo, principalmente carcinoma escamoso infiltrante. Tras la extirpación tumoral con los márgenes quirúrgicos adecuados, se utilizaron colgajos en espiral logarítmica para la reconstrucción. Se registraron medidas del tamaño tumoral, hallazgos histopatológicos, complicaciones postoperatorias y el seguimiento a mediano plazo.

Resultados. El tamaño de los defectos postquirúrgicos varió entre 16 mm y 35 mm de diámetro, con un área media de 599 mm². No se encontraron márgenes afectos en ninguna de las muestras extirpadas. Una paciente presentó dehiscencia de sutura y otro paciente desarrolló una herida costrosa, ambas complicaciones resueltas sin secuelas importantes. No se observaron necrosis ni cicatrices hipertróficas en ninguno de los casos. Ningún paciente presentó recidivas durante un seguimiento promedio de 18 semanas.

Conclusiones. El colgajo de espiral logarítmica es una técnica eficaz y segura para la reconstrucción de defectos de cuero cabelludo, ofreciendo buenos resultados estéticos y funcionales, con un bajo riesgo de complicaciones. Es de destacar que consigue una sutura a muy baja tensión, y que la cicatriz consigue resultados estéticos excelentes. Aunque diseñado originalmente para áreas anatómicas pequeñas, su aplicación en defectos más grandes demuestra su versatilidad y utilidad en pacientes ancianos.

6. MALLADO PERCUTÁNEO EN PIEL SANA PERICATRICIAL EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN PIERNAS

A. Jiménez Sánchez, M. Olivares Guerrero, Y. Delgado Jiménez, E. Gallo, R. Navarro, E. Muñoz Aceituno, A. Reolid, L. Martos Cabrera, B. Butrón Bris y P. Rodríguez Jiménez

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

Antecedentes y objetivos. La reconstrucción de defectos quirúrgicos en las extremidades inferiores representa a menudo un desafío debido a la alta tensión anatómica de la zona, lo que frecuentemente obliga a realizar cierres forzados o recurrir a reconstrucciones complejas que pueden resultar en isquemia, necrosis y otras complicaciones. Por ello, es fundamental desarrollar nuevas técnicas de cierre que sean simples, viables y adecuadas para esta área anatómica de alta tensión. La técnica de expansión por mallado percutáneo, descrita en la literatura para la cobertura de defectos en el cuero cabelludo, es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la realización de pequeñas heridas punzantes de aproximadamente 1 mm alrededor del defecto quirúrgico previa infiltración de anestesia local tumescente. Esto permite la expansión de los tejidos y facilita el cierre del defecto sin tensión, eliminando la necesidad de colgajos u otras incisiones adicionales. El objetivo principal del estudio es implementar el procedimiento de expansión por mallado percutáneo como una alternativa para el cierre de defectos quirúrgicos en piernas.

Métodos. Realizamos un estudio longitudinal prospectivo que incluye a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas a partir del 1 de junio del 2024 en el hospital Universitario de la Princesa con defectos quirúrgicos en piernas de más de 2 cm. Se recogieron datos clínico-demográficos del paciente, características del tumor, tamaño del defecto quirúrgico y complicaciones, entre otras.

Resultados. Se han incluido un total de 5 pacientes hasta el momento, 4 varones y 1 mujer con una edad media de 71,6 años. El

tamaño de los defectos varía entre 2-3,5 cm de largo y 2-3 cm de ancho. A las 4-6 semanas de la intervención todos los defectos cicatrizaron sin haber requerido de técnicas adicionales. Ningún caso ha presentado complicaciones tales como infección o hematoma. **Conclusiones.** Nuestra experiencia clínica demuestra que el mallado percutáneo parece un procedimiento seguro y efectivo pudiendo convertirse en una buena alternativa para el cierre de defectos quirúrgicos en piernas.

7. RECONSTRUCCIÓN DE GRAN DEFECTO DE PIRÁMIDE NASAL MEDIANTE COLGAJO DE TRASPOSICIÓN NASOLABIAL MODIFICADO

J.C. Romera Pallarés, M. Gómez-Olit Pérez, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, M.E. Giménez Cortés, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez y A. Ramírez Andreo

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

Introducción. Describimos la reconstrucción de un gran defecto de pirámide nasal que incluye la totalidad de la pared del ala nasal con extensión más allá de la línea media mediante un colgajo de trasposición modificado.

Caso clínico. Mujer de 65 años sin antecedentes de interés que consultaba por lesión en ala nasal derecha de varios años de evolución. A la exploración física presentaba una tumoración ulcerada en ala nasal derecha con extensión hacia punta nasal. De forma previa a la cirugía, se realizó una biopsia en sacabocados con punch que informó de la existencia de un carcinoma basocelular esclerodermiforme. Se procedió a delimitar la lesión con márgenes de seguridad y se realizó la extirpación radical del tumor resecaando el espesor total que incluía piel, cartilago y mucosa de la fosa nasal derecha. Para reconstruir el defecto resultante se diseñó un colgajo de trasposición de la mejilla, con extensión hacia el surco nasolabial. Con el objetivo de cubrir el defecto de la punta nasal se labró una modificación del colgajo por medio de un pequeño triángulo a nivel del labio superior, que acompañó en la movilización de la plastia. La porción distal del colgajo se plegó y se suturó sobre sí mismo para reconstruir el plano mucoso, y finalmente, tras el ensamblaje del colgajo en el nuevo lecho mediante sutura por planos y tras suturar la porción plegada del colgajo a la mucosa, se obtuvo buena simetría de ambas coanas nasales. Se retiraron los puntos a los 7 días tras la intervención y se constató un adecuado resultado estético y funcional a los 3, 6 y 12 meses de la cirugía. El estudio histopatológico confirmó de la existencia de un carcinoma basocelular infiltrante con márgenes libres de tumor.

Discusión. Cuando nos encontramos ante un gran defecto del ala y punta nasal con compromiso cartilaginoso y mucoso, hay que valorar la reconstrucción tridimensional de la nariz, restaurando la mucosa y el esqueleto axial. El procedimiento mostrado es una alternativa para reconstruir el ala nasal sin necesidad de injerto cartilaginoso, a lo que se añade una modificación basada en el diseño de un triángulo a nivel del labio superior con el objetivo de cubrir el defecto de la punta nasal.

8. EXPERIENCIA EN CARCINOMAS BASOCELULARES INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN NUESTRO CENTRO

L. Aguilar González, I. Villegas Romero, A.C. Oliva, R. Román Cheuque, R. Mendoza Albarrán, J.F. Millán Cayetano y M. Linares Barrios

Servicio de Dermatología M.Q. y V. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de lesiones

cutáneas malignas a través del análisis secuencial microscópico de casi el 100% de sus márgenes. Por eso obtiene tasas más bajas de recurrencia y permite conservar más tejido sano. Se describe la experiencia con la CMM en carcinoma basocelular (CBC) intervenidos en nuestro centro.

Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el servicio de Dermatología. Se revisaron todos los pacientes operados de CBC mediante CMM entre enero de 2016 y diciembre de 2023, recogiendo datos sociodemográficos y clínico-patológicos. **Resultados.** Se estudiaron 343 carcinomas basocelulares, en un total de 338 pacientes de los cuales el 51% fueron varones. La mediana de edad de los pacientes fue de 68 años, en un rango de edad entre 29 y 90 años. La localización más frecuente fue la nariz (42,7%), especialmente en el dorso (18,1%) y ala nasal (12,1%). Le siguieron en frecuencia el canto ocular (9,3%) y las orejas (9,1%), la región malar (8,5%), la frente (8,2%), el surco nasogeniano-labio superior (8,1%), sien (5,8%), párpado (4,1%), cuero cabelludo (2,4%) y otros (1,8%). La mediana de pases requeridos fue de 2, siendo 1 (44,5%) o 2 pases (40,1%) lo más habitual. Solo 2 carcinomas (0,6%) fueron considerados irrecesables debido a persistencia tumoral tras el 7º pase.

Conclusiones. La CMM es una técnica quirúrgica que permite el estudio intraoperatorio de casi la totalidad de los márgenes mediante cortes histológicos horizontales referenciados de la muestra. La CMM es la técnica quirúrgica más efectiva para el control de márgenes en varios tipos de cáncer de piel, con tasas de recurrencia a 5 años de < 1% en CBC, respecto al 10% de la cirugía convencional. Además, permite un ahorro tisular importante, especialmente en localizaciones estético-funcionales esenciales de la cara. Los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre la indicación, localización y tasa de recidivas han sido similares a los observados en otras series. Este estudio describe la experiencia y resultados obtenidos mediante la técnica CMM en el tratamiento del cáncer cutáneo más frecuente.

9. INJERTOS COMPUESTOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL ALA NASAL

F. Mayo Martínez, R. Moro, C. Serra Guillén, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, E. Nagore Enguñados, L. Mascarell Escrivà y O. Sanmartín Jiménez

Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Antecedentes. La reconstrucción del ala nasal presenta un desafío quirúrgico debido a la complejidad estructural de esta zona. Los defectos profundos en el ala nasal pueden producir insuficiencia valvular y asimetrías antiestéticas.

Objetivo. Describir la experiencia, y los resultados estéticos y funcionales de la reconstrucción del ala nasal mediante injertos compuestos.

Métodos. Serie prospectiva de 6 pacientes con defectos alares tratados entre febrero de 2024 y septiembre de 2024. Se utilizaron injertos compuestos condro-cutáneos, condro-grasos. Los injertos se obtuvieron de diferentes zonas del pabellón auricular, que proporcionó un injerto contorneado y fácil de adaptar a la zona receptora.

Resultados. Se trataron defectos alares profundos y de espesor total, con tamaños entre 5 y 22 mm de diámetro mayor. En todos los casos, excepto en una paciente con un defecto de espesor completo de 15 x 18 mm que sufrió una necrosis parcial del cartilago, el cartilago sobrevivió adecuadamente. En ningún caso se observó insuficiencia valvular nasal. El resultado estético fue excelente en 2/6, muy bueno 2/6, aceptable en 1/6 y pobre en 1/6 pacientes.

Conclusión. Los injertos compuestos auriculares son una técnica eficiente y de bajo riesgo en la reconstrucción nasal, proporcionando resultados satisfactorios en un solo tiempo quirúrgico.

10. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA GENITAL. RECONSTRUCCIÓN DE LA PIEL DEL PENE. CASO CLÍNICO

F.M. Almazán Fernández^a, M. Cebolla Verdugo^a, A. Gil Villalba^a, M.Á. Velasco Amador^b, M. Folgueral Corral^b y R. Ruiz Villaverde^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Urología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. La reconstrucción del pene es un desafío quirúrgico complejo que requiere una consideración meticulosa de las técnicas disponibles y los tejidos adecuados para la reconstrucción. Una opción viable en ciertos casos es el uso de piel del escroto, que ofrece características similares a las del tejido peneano en términos de estructura y función.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 55 años con antecedentes personales de uropatía obstructiva y gangrena de Fournier secundaria. El cuadro inflamatorio infeccioso produce una eliminación completa de la piel del pene, con apertura de la uretra en toda la longitud inferior del pene, por donde seguía expulsando restos de litiasis. Requería una reconstrucción completa del pene respetando la parte de defecto de la uretra para una posible reconstrucción posterior tras control del cuadro de formación de litiasis. Tras la evaluación exhaustiva de las opciones disponibles, se decidió utilizar piel del escroto para la reconstrucción. La intervención quirúrgica consistió en la movilización de piel escrotal, que fue cuidadosamente ajustada para formar un nuevo pene.

Discusión. La reconstrucción del pene utilizando piel del escroto ha demostrado ser una técnica efectiva en casos de amputación o pérdida extensa del tejido peneano. La piel escrotal, con su textura y elasticidad similares a las del pene, facilita una integración funcional y estética adecuada. Sin embargo, esta técnica requiere una planificación precisa y una ejecución quirúrgica meticulosa para asegurar resultados óptimos y minimizar complicaciones, estando descritas varias técnicas quirúrgicas. El seguimiento a largo plazo y la evaluación de la función sexual y la satisfacción del paciente son cruciales para valorar el éxito de esta modalidad reconstructiva.

11. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO COMPLEJO EN ALA NASAL Y LABIO SUPERIOR MEDIANTE COLGAJO PARAMEDIOFRONTAL: LA IMPORTANCIA DEL TERCER TIEMPO

R. Salido Vallejo^a, J. Antoñanzas Pérez^a, C. Prieto Matos^b, A. Morelló Vicente^a, I. Oteiza Rius^a y A. España Alonso^a

^aDermatología. ^bOtorrinolaringología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España

La reconstrucción de defectos completos de ala nasal puede representar un auténtico reto para el cirujano dermatológico ante la necesidad de una reconstrucción de los planos mucoso, cartilaginoso y cutáneo. En ocasiones, estos defectos pueden ser complejos y asociarse con afectación de otras subunidades anatómicas, lo que dificulta aún más el cierre quirúrgico de los mismos.

Presentamos el caso de un varón de 65 años derivado a nuestro centro por persistencia de un carcinoma basocelular micronodular en ala nasal derecha intervenido previamente en otro centro. Tras la realización de 3 pases de cirugía de Mohs en parafina, se obtuvieron márgenes libres de tumor con un defecto quirúrgico resultante que abarcaba parte del labio superior, mejilla derecha y el espesor total del ala nasal derecha con exposición de hueso maxilar, cornete inferior derecho y cartilago septal. Para el cierre del defecto se diseñó un colgajo de avance de labio superior combinado con un colgajo paramediofrontal basado en las arteria nasal dorsal. El plano mucoso se dejó para cierre por segunda intención y se realizó la sección del pedículo a las 3 semanas tras no ser precisa la colocación de soporte cartilaginoso. Tres meses tras la intervención quirúrgica, el paciente presentó una retracción en profundidad de la zona caudal del colgajo y del labio superior. Para su corrección, en un tercer tiempo qui-

rúrgico se realiza colgajo de avance de mejilla y colgajo en bisagra de tejido celular subcutáneo para dar volumen a la zona caudal del colgajo. A los 6 meses, el paciente presenta buenos resultados funcionales y cosméticos, sin evidencia de recidiva tumoral. El colgajo paramedifrontal es una opción muy versátil para la reconstrucción de defectos quirúrgicos completos de ala nasal. Sin embargo, existe controversia en cuanto al número de tiempos quirúrgicos, la necesidad real de reconstruir de forma reglada las tres capas anatómicas del ala nasal o que necesariamente tenga que tratarse de un colgajo axial. En esta comunicación se repasarán dichas cuestiones y se recalcará la importancia de terceros tiempos quirúrgicos para la realización de retoques que optimicen los resultados de nuestros pacientes.

12. COLGAJO KEYSTONE PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL ÁREA ANOGENITAL TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA

J.B. Repiso Jiménez^a, L. López Ortiz^b, F. Palma Carazo^c, M.I. Fernández Canedo^a y M. de Troya Martín^d

Servicios de ^aDermatología, ^bGinecología y Obstetricia, ^cCirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. El colgajo en piedra angular o Keystone desde sus primeras descripciones ha demostrado su versatilidad en distintas localizaciones, sobre todo en las extremidades. Presentamos una serie de casos en los cuales este colgajo fue de gran utilidad para reconstrucción de defectos en la zona anogenital.

Pacientes y métodos. Desde julio de 2022 a diciembre de 2024 ocho mujeres con distintos tumores en el área anogenital fueron intervenidas de forma colaborativa entre especialistas de Dermatología y de Cirugía General o Ginecología de acuerdo con la localización específica del defecto. La reconstrucción en todos los casos se llevó a cabo mediante colgajos tipo Keystone.

Resultados. Las ocho mujeres, con edades comprendidas entre los 45 y 80 años, fueron intervenidas de 5 carcinomas escamosos, 2 enfermedades de Paget extramamario y un melanoma maligno en el área anogenital. Los carcinomas escamosos afectaban al labio mayor/periné, zona perianal, periné, periné/introito vaginal y uno de ellos afectaba a toda la vulva. Las enfermedades de Paget se localizaron en labios mayores/menores y en la zona perianal/periné y el melanoma afectaba a ambos labios menores y zona del capuchón clitoriano. Los defectos resultantes tenían un diámetro máximo entre los 3,8 y 8,5 cm y las reconstrucciones se llevaron a cabo mediante colgajos Keystone bilaterales en 6 de los casos y unilaterales en dos de ellos. Las zonas donantes fueron en todos ellos la superficie interna de la ingle/muslos, variando los diseños de acuerdo con la forma del defecto resultante. Los resultados funcionales y cosméticos fueron bastante aceptables, con una alta satisfacción de las pacientes.

Conclusiones. Existen pocas descripciones en la literatura sobre la aplicación del colgajo de Keystone en la cirugía del área anogenital. Consideramos que se trata de un colgajo de fácil diseño y que permite reconstruir defectos amplios en una localización de difícil manejo, con una piel muy similar a la original y con cicatrices resultantes en la dirección correcta y sin extenderse más allá de la zona del bikini. La colaboración entre especialistas es fundamental para la cirugía oncológica, siendo el dermatólogo clave para diseñar y llevar a cabo los colgajos.

13. COLGAJO MANTIS PARA DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE ESPESOR TOTAL EN LABIO INFERIOR

J. Romani^a y F. Russo^b

^aHospital General de Granollers. Barcelona. ^bClínica Dr. Russo. Algeciras. Cádiz. España.

Los defectos grandes de espesor total en la zona medial del labio inferior suponen un reto reconstructivo. En todos los casos, los objetivos principales de la reconstrucción son restaurar la función del esfínter oral para permitir una adecuada alimentación, habla y estética facial. El cierre directo es la opción habitual en defectos de menos del 30 % del labio. El desplazamiento lateral bilateral o el colgajo de Karapantzi son las opciones más empleadas en defectos del 30-60 %. En los defectos grandes se han empleado los colgajos de Bernard-Burow o de Gillies-Fan. El colgajo mantis es un doble colgajo traapezoidal de transposición que se une en el centro. Fue diseñado inicialmente para defectos de la sien. Describimos dos casos en los que aplicamos esta técnica para reconstruir dos defectos del 50 % y el 60 % del labio inferior tras la extirpación de un carcinoma escamoso. En ambos casos la técnica fue rápida, el postoperatorio no mostró complicaciones y la curación evitó la microstomía. Los colgajos empleados para reconstruir el labio inferior deben preservar la sensibilidad y la movilidad labial, y evitar la microstomía en la medida de lo posible. Proponemos el colgajo mantis para defectos medianos y grandes de dicha área anatómica por su sencillez y su capacidad para aportar piel donante al área mediante la trasposición. El colgajo solo moviliza el área adyacente, y las cicatrices quedan ocultas en el pliegue mentoniano, aportando un buen resultado estético.

Oncología 1

14. EN INMUNOTERAPIA NO SOLO HAY EFECTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS. INFECCIONES SISTÉMICAS SEVERAS EN PACIENTES CON INMUNOTERAPIA Y UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

R.P. Román Cheuque, I. Villegas Romero, L. Aguilar González, C. Méndez Abad, R. Mendoza Albarrán, A.C. Oliva, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

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

Introducción. La inmunoterapia (IT) es cada vez más utilizada en el cáncer de piel avanzado. Un efecto adverso inmunomediado (irAE) debe ser rápidamente reconocido y tratado, generalmente con suspensión temporal de la IT y/o corticoides. Los pacientes con IT no están exentos de desarrollar infecciones; diferencias clínicas entre algunas de ellas e irAEs son, a veces, inexistentes, generando retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Generalmente solo se diferencian con estudios microbiológicos.

Métodos y objetivos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con cáncer de piel tratados con IT por nuestro servicio de mayo 2019 a agosto 2024 que presentaron infecciones severas durante su tratamiento. El objetivo fue describir la prevalencia, y el perfil de infecciones presentadas que requirieron tratamiento intravenoso y/o ingreso hospitalario. Finalmente, desarrollamos un protocolo de depistaje de infecciones por aparatos en pacientes con IT.

Resultados. Un total de 88 pacientes con cáncer de piel recibieron tratamiento con IT, con una media de 71 años de edad. Un total de 4 pacientes (4,5%) presentaron infecciones severas, comparado con 38 pacientes presentando algún irAE (43%). El promedio de edad de los pacientes con infecciones graves resultó de 60 años. Todos ellos realizaban tratamiento con pembrolizumab. Tres de ellas (75%) ocurrieron en el tercer ciclo de IT. Dos infecciones fueron gastrointestinales, una respiratoria y la otra urinaria. Fueron detectadas mediante: Film-array de deposiciones (2), antigenuria urinaria o urocultivo. El tiempo promedio desde inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 4,2 días. Todas fueron tratadas según protocolos convencionales y evolucionaron favorablemente.

Conclusiones. La tasa de infecciones graves en nuestra serie es similar a la de la población general, no requirieron un manejo diferente al de la práctica clínica habitual y es sustancialmente menor que la tasa de irAEs reportada en nuestra serie. Sabemos que en IT es necesario reducir al mínimo tanto las interrupciones del tratamiento como la inmunosupresión. Creemos que reconocer y descartar infecciones cumple un rol esencial en este apartado. Por esto, desarrollamos un protocolo por aparatos de despistaje de infecciones graves en pacientes con IT, consistente en la realización de estudios microbiológicos dirigidos por aparatos.

15. IMÁGENES DERMATOSCÓPICAS DE TELEDERMATOLOGÍA Y ESTIMACIÓN DE ÍNDICE DE BRESLOW EN MELANOMA

G. Baeza Hernández^a, A. A. Garrido Ríos^b, H. Álvarez Garrido^b, T. Kueder Pajares^b, C. Horcajada Reales^b, J. Ruiz Rivero^b, V. Velasco Tirado^a, M.I. Zafra Cobo^a, F. Domínguez de Luis^a, F.E. Rojas Fariás^c, C. Sanz Muñoz^d, S. Mallo García^e, R.F. Rubio Aguilera^f, B. Casado Verrier^c y J. Cañueto Álvarez^a

Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ^bHospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. ^cHospital General. Segovia. ^dHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ^eHospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^fDermatología. Hospital de Henares. Coslada. Madrid. España

Antecedentes y objetivo. Describir la relación entre la estimación del índice de Breslow realizada por dermatólogos a partir de imágenes dermatoscópicas de melanomas diagnosticados en teledermatología y el índice de Breslow medido histológicamente.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo observacional tipo encuesta transversal. Se incluyeron los casos de melanoma diagnosticados a través de teledermatología en el H. de Salamanca y Segovia durante 2020-2023 con imagen dermatoscópica asociada, y dichas imágenes fueron evaluadas mediante encuesta online por 14 dermatólogos. Se excluyeron los melanomas de localizaciones especiales y aquellos cuya imagen dermatoscópica de teledermatología no era valorable.

Resultados. Se recopilaron 18 casos de melanoma diagnosticados con teledermatología, 5 procedentes del hospital de Salamanca y 13 del hospital de Segovia, 9 varones y 9 mujeres con una mediana de edad de 58,6 años. La mayoría de los melanomas estaban localizados en espalda (7/18) y fueron de tipo extensión superficial (14/18). No hubo ningún melanoma amelanótico, 7/18 melanomas fueron in situ (índice de Breslow = 0), 8/14 con IBr < 1 mm y 3/14 con IBr ≥ 1 mm. Se estimó correctamente el IBr (% de acierto) en el 97,4% de las valoraciones si IBr ≥ 1 mm, 41,1% si IBr < 1 mm y 28,6% si IBr = 0. El porcentaje de acuerdo observado ponderado en la estimación de IBr fue de 86,24%, con un coeficiente de acuerdo de Gwet de 0,67 (bueno). La estructura dermatoscópica más observada en melanomas in situ y con IBr < 1 mm fue el retículo pigmentado atípico, y en IBr ≥ 1 mm el velo azul blanquecino. El patrón multicomponente, las estructuras de regresión, el velo azul blanquecino y las áreas azul-negras se relacionaron con la categoría de IBr ($p < 0,05$). El mayor acuerdo interobservador correspondió a las áreas rojo-lechosas y pigmentación folicular asimétrica (kappa de Fleiss 0,51 y 0,72; coeficiente de acuerdo de Gwet 0,78 y 0,95 respectivamente).

Conclusiones. Los evaluadores fueron capaces de clasificar correctamente el índice de Breslow en un importante porcentaje de los casos de melanoma en imágenes de teledermatología, sin subestimar los casos con IBr ≥ 1 mm. Esto es una motivación para mejorar el circuito de derivación y atención de nuestros pacientes, planteando incluso poder organizar la cirugía en un solo tiempo en la primera visita hospitalaria en algunos casos.

16. CAMBIO DE TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR MELANOMA CUTÁNEO EN ESPAÑA TRAS LA INTRODUCCIÓN DE INMUNOTERAPIA

D. Hernández Calle, L.A. Martínez de Salinas, R. del Cristo Cova Martín, P. Burgos Blasco y S.B. Ardébol

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

Introducción. El melanoma es la neoplasia cutánea con mayor mortalidad, sin embargo, los nuevos tratamientos basados en inmunoterapia han demostrado mejorar la supervivencia en estadios avanzados. El objetivo de este estudio es analizar el cambio de tendencia en la mortalidad por melanoma cutáneo en España en los últimos años.

Metodología. Se utilizó el registro nacional de defunciones por causa de muerte para calcular la tasa de mortalidad de melanoma cutáneo entre 1998 y 2022 global y estratificado por sexo. Se utilizó un modelo JointPoint para identificar y cuantificar los cambios de tendencia.

Resultados. La mortalidad por melanoma en España ascendió desde 1,85 muertes por 100.000 habitantes en 1998 hasta un máximo de 2,32 por 100.000 habitantes en 2015, lo que implica un incremento de 1,41% anual. Entre 2015 y 2022 la mortalidad ha persistido en aumento, pero de manera menos marcada (0,32% anual), alcanzando a final del periodo 2,13 muertes por 100.000 habitantes. En mujeres la mortalidad ha seguido un curso similar, con un ascenso del 1,08% anual entre 1998 y 2015, pasando de 1,63 a 2,12 muertes por 100.000 habitantes; y una tendencia ascendente más suave entre 2015 y 2023 (0,32% anual). En hombres la mortalidad es más alta durante todo el periodo, ascendiendo de 2,09 por 100.000 en 1997 a un máximo de 2,82 por 100.000 habitantes en 2020 (aumento anual 1,57%), para luego descender un 4,70% anual hasta 2022.

Conclusiones. La mortalidad de melanoma cutáneo en España ha sufrido un cambio en su tendencia en los últimos años, con una desaceleración de la tendencia ascendente observada desde 1997. Sin embargo, no se observa una clara tendencia descendente.

17. PAPEL ACTUAL DE LA DISECCIÓN GANGLIONAR EN PACIENTES CON METÁSTASIS DE MELANOMA EN EL GANGLIO CENTINELA: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN NUESTRO MEDIO YSU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

E. Samaniego González^a, A. Tejera Vaquerizo^b, S. Podlipnik^c, S. Ribero^d, E. Nagore Enguidanos^e, A. Boada García^f, J. Cañueto Álvarez^g, S. Paradelo de la Morena^h, B. de Unamuno Bustosⁱ, P. Rodríguez Jiménez^j, S. Puig Sardá^k, J. Malvey Guilera^l, C. Carrera Álvarez^m, G. Rocuzzo^d, C. Requena Caballero^e, E. Manrique Silva^e, N. Richarz^f, A. Ruiz Villanueva^g, V. Traves Zapata^k, S. España Fernández^l, R. Botella Estrada^l y M.A. González Morán^m

Dermatología. ^aComplejo Asistencial Universitario de León. León. ^bHospital San Juan de Dios. Córdoba. ^cHospital Clínic. Barcelona. España. ^dMedical Sciences University. Turin. Italia. ^eInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^fHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^gHospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ^hComplejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁱHospital Universitario La Fe. Valencia. ^jHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^kAnatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^lOncología Médica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^mAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes y objetivos. La disección ganglionar completa (DGC) era la práctica estándar en pacientes con melanoma y biopsia selectiva del ganglio centinela positiva (BSGC+) hasta la publicación

de dos ensayos clínicos que no demostraron un beneficio en la supervivencia. Sin embargo, continúa indicándose en algunos escenarios de alto riesgo. Los objetivos de este estudio son: 1. analizar la evolución de la DGC en pacientes con BSGC+, así como las características asociadas a su realización. 2. Analizar el impacto en la supervivencia en un subgrupo de alto riesgo (metástasis >1 mm, extensión extracapsular o afectación > 3 ganglios).

Métodos. Estudio observacional retrospectivo multicéntrico que incluye pacientes con melanoma cutáneo y BSGC+ diagnosticados entre los años 2017-2022 en 8 centros españoles y uno italiano. Se analizaron las variables asociadas con la DGC mediante regresión logística uni- y multivariante. Posteriormente se analizó el impacto del tratamiento recibido en la supervivencia libre de recidiva local (SLRL), libre de recidiva nodal (SLRN), específica de la enfermedad (SEE) y global (SG) mediante las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados. Se incluyeron 430 pacientes con BSGC+. Se realizó la DGC en 146 pacientes (34,1%), pasándose del 56,1% de DGC en 2017 al 5,6 % en 2022. Los factores asociados a la realización de DGC tras el análisis multivariante fueron: subtipo histológico melanoma lentiginoso acral, tamaño de metástasis ganglionar >1mm, extensión extracapsular y hospital participante. La edad > 80 años se asoció inversamente. Tras una mediana de seguimiento de 63,7 meses, no se demostraron diferencias en SLRL, SLRN, SEE y SG entre los pacientes sometidos a DGC vs. observación. Tampoco se encontraron diferencias en el subgrupo de alto riesgo.

Conclusiones. En los últimos años ha habido un cambio importante en el manejo de los pacientes con melanoma y BSGC+ en nuestra área. Así, se ha disminuido la realización de la DGC a favor de la observación y el tratamiento sistémico adyuvante. Sin embargo, sigue realizándose en pacientes de alto riesgo en los que existe menor evidencia. Los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos en los ensayos clínicos en cuanto a ausencia de beneficio en la supervivencia tras la realización de la DGC. Tampoco hemos hallado un beneficio en la supervivencia en los pacientes de alto riesgo.

18. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA Y COMORBILIDADES

L.A. Pérez González, P. Burgos Blasco, D. de Perosanz Lobo, M. González Ramos, J. Naharro Rodríguez, F.J. Pérez Bootello y S.B. Ardébol

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

Introducción. La inmunoterapia se ha convertido en la primera opción terapéutica en los pacientes con carcinomas cutáneos no melanoma irresecables y metastásicos. Sin embargo, los ensayos clínicos excluyen a pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades, los cuales son frecuentes en la práctica clínica. El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia y seguridad de la inmunoterapia en estos pacientes.

Material y métodos. Se revisaron los registros hospitalarios de pacientes que recibiesen tratamiento con inmunoterapia entre enero de 2020 y septiembre de 2024, seleccionándose aquellos que presentaran en el momento del tratamiento alguna comorbilidad excluyente de ensayo clínico: enfermedad autoinmune en los últimos 3 años; infección activa; inmunosupresión; neoplasias sólidas o hematológicas, alteraciones de función cardiaca, hepática, renal o de médula ósea. La eficacia se evaluó en función de respuesta clínica y radiológica. Los efectos adversos fueron recopilados y clasificados en una escala de 1 a 3 en función de la gravedad.

Resultados. De un total de 18 pacientes tratados con inmunoterapia, se identificaron un total de 7 pacientes (5 varones, 2 mujeres) con al menos una comorbilidad excluyente de ensayo clínico, con una edad media que fue de 77 años. Las comorbilidades identifica-

das fueron: 4 pacientes con neoplasias (3 hematológicas y una sólida), una enfermedad autoinmune, una alteración de la coagulación y una insuficiencia cardiaca severa. Con respecto a la eficacia, 5 pacientes (71,4%) presentaron una respuesta completa, 1 (14,3%) respuesta parcial sostenida y 1 (14,3%) progresión a pesar del tratamiento. Los principales efectos adversos reportados fueron astenia (3; 42,9%), prurito (2; 28,6%) e hiporexia (2; 28,6%), todos ellos Grado 1. También se identificó un caso de vitíligo facial y un caso de exantema facial leve. No se describieron efectos adversos graves 2 y 3, ni se suspendió tratamiento por toxicidad en ningún caso. **Conclusión.** La inmunoterapia parece tener un perfil de eficacia y seguridad similar en pacientes con comorbilidades que en población seleccionada en ensayos clínicos.

19. ESTUDIO DE SEGURIDAD POSTAUTORIZACIÓN (NISSO) PARA EVALUAR LA SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE SONIDEGIB EN PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO: ANÁLISIS INTERMEDIO DE LA COHORTE ESPAÑOLA

R. Fernández de Misa Cabrera^a, S.B. Ardébol^b, G.M. Pérez Pastor^c, R. Botella Estrada^d, V. Ruiz Salas^e, Á. Flórez Menéndez^f, M. Mayor Arenal^g, M.J. Fuente González^h, P. Bassas Freixasⁱ, A. Toll Abelló^j, P. Valerón Almazán^k, R. Arntz^l y J. Malveyh Guilera^m

Dermatología. ^aHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^cConsortio Hospital General Universitario.

^dHospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ^eHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^fComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. ^gHospital Universitario La Paz. Madrid. ^hHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁱHospital Universitari Vall d'Hebron. ^jHospital Clínica de Barcelona. Barcelona. ^kHospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España. ^lMedical. Sun Pharmaceutical Industries (Europe) B.V., Hoofddorp (Noord-Holland). Holanda

Antecedentes y objetivos. El estudio NISSO (A non-interventional, multi-national, multi-center post authorization safety study to assess the long term safety and tolerability of Odomzo administered in patients with locally advanced cell carcinoma) recopila datos de seguridad del uso de sonidegib para tratar carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCla). Este informe muestra el análisis intermedio de los datos de NISSO de centros españoles.

Métodos. NISSO es un estudio no intervencional, multinacional y de seguridad postautorización (NCT04066504). Se administró sonidegib 200 mg/día por vía oral. Los pacientes fueron monitoreados durante 3 años. Se permitieron ajustes de dosis conforme a la normativa española.

Resultados. Entre el 8 de enero de 2021 y el 7 de marzo de 2022, se incluyeron en el estudio un total de 51 pacientes con CBCla en España (corte de datos del 22 de junio de 2023). El tratamiento se interrumpió en 39 pacientes (76,5%), siendo las principales razones el éxito del tratamiento (n = 11, 21,57%), la decisión del paciente/tutor (n = 8, 15,7%) y la decisión del médico (n = 8, 15,7%). La mediana de la duración de la exposición a sonidegib fue de 6,5 meses (rango intercuartílico, 5,69-11,91 meses). En general, 45 pacientes (88,2%) experimentaron al menos un evento adverso emergente del tratamiento (EAET). Los EAET más comunes fueron espasmos musculares (n = 23, 45,1%), alopecia (n = 23, 45,1%) y disgeusia (n = 23, 45,1%). Las tasas acumuladas de los EAET anteriores después de 3 meses fueron 27,5%, 11,8% y 29,4%, respectivamente. La mayoría de los EAET registrados fueron de grado ≤ 2. Los EAET provocaron la discontinuación del tratamiento en 10 pacientes (19,6%), y 8 pacientes (15,7%) tuvieron modificaciones de dosis debido a eventos adversos. Se reportaron EAET graves relacionados con el fármaco en 2 pacientes (3,9%).

Conclusiones. Estos resultados intermedios confirman el perfil de seguridad observado en el estudio BOLT, demostrando que el tratamiento con sonidegib es manejable en un entorno clínico real en España. La mayoría de los pacientes experimentaron EAET comunes de grado ≤ 2 , como espasmos musculares, disgeusia y alopecia, que se manifestaron principalmente después de 3 meses de tratamiento. Nuestro estudio respalda el uso de sonidegib como tratamiento de primera línea bien tolerado en pacientes con CBCLa.

20. ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A. Diez Santandreu, E. Manrique Silva, E. Nagore Enguïdanos, J. Lorenz Dolz, C. Serra Guillén, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, F. Mayo Martínez y O. Sanmartín Jiménez

Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. El Índice Neutrófilo-Linfocito (INL) es un marcador inflamatorio que se utiliza en oncología para evaluar el pronóstico de diversas neoplasias, incluyendo el cáncer cutáneo epidermoide (CCE). Un INL elevado puede indicar una respuesta inmunitaria ineficaz y un entorno inflamatorio que favorece la progresión tumoral, estando asociado con peores resultados clínicos. Este estudio analiza la relevancia del INL en CCE y su potencial para guiar decisiones terapéuticas. El objetivo principal fue analizar la supervivencia, la afectación de ganglios, la presencia de metástasis y la clasificación TNM al momento del diagnóstico en relación con el INL. **Métodos.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo utilizando una base de datos de 122 pacientes diagnosticados con cáncer cutáneo epidermoide en un centro monográfico oncológico. Los datos fueron extraídos de registros clínicos electrónicos y hojas de datos del centro oncológico. Se incluyeron variables como edad, género, fecha de diagnóstico, clasificación TNM, estado de ganglios linfáticos (afectos o no), presencia de metástasis y supervivencia global. Se extrajo un hemograma completo en el momento del diagnóstico el cual se ha usado para calcular el Índice Neutrófilo-Linfocito (INL). El INL se calculó dividiendo el número de neutrófilos por el número de linfocitos en el hemograma.

Resultados. El INL superior o igual a 3 es estadísticamente significativo (p -valor $< 0,05$) en la comparación entre los pacientes para desenlaces clínicos de recaída, metástasis nodal y mortalidad específica. Con p valor significativo, recaída (p -valor 0,013), metástasis nodal (p -valor 0,009), mortalidad específica p -valor (0,014). Se ha realizado un análisis de correlación considerando un evento negativo (metástasis nodal, metástasis a distancia y mortalidad específica): recaída local: correlación alta (0,63), estadio T (BWH): correlación moderada (0,26). INL: correlación baja positiva (0,11), edad correlación muy baja (0,03).

Conclusiones. Un INL > 3 podría estar asociado clínicamente a mayor riesgo de recaída, metástasis nodal y mortalidad específica. Aunque el INL muestra potencial como herramienta en el cáncer cutáneo no melanoma, aún es necesario realizar más estudios específicos para confirmar su utilidad y establecer valores de corte adecuados.

21. INMUNOTERAPIA EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO AVANZADO: ESTUDIO RETROSPECTIVO Y EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Lorenz Dolz, C. Serra Guillén, E. Nagore Enguïdanos, A. Diez Santandreu, F. Mayo Martínez, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, E. Manrique Silva y O. Sanmartín Jiménez

Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) avanzado se ha convertido en la neoplasia dermatológica con mayor mortalidad en tasas absolutas. Cuando no existe alternativa quirúrgica o de radioterapia para el tratamiento radical de esta neoplasia, la principal indicación son los inhibidores del punto de control inmunitario como los anti-PD-1, en concreto, Cemiplimab, Nivolumab o Pembrolizumab, y los anti-PD-L1 como Cosibelimab. La introducción de estos tratamientos ha mejorado ostensiblemente el pronóstico de estos pacientes y su supervivencia global. Existen muy pocos estudios en vida real que analicen las características clinicopatológicas predictoras de respuesta a estos innovadores tratamientos. Para ello, hemos realizado una revisión retrospectiva de los casos de CEC avanzado tratados con inmunoterapia en nuestro centro.

Objetivo. Describir los factores clínicos, patológicos, terapéuticos y de supervivencia de los pacientes con CEC localmente avanzado o metastásico que han recibido inmunoterapia en nuestro centro.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con CEC que han recibido tratamiento de inmunoterapia en nuestro centro entre 2017 y 2024.

Resultados. El estudio incluyó 51 pacientes diagnosticados de CEC que han recibido inmunoterapia. El 88,2% eran varones, siendo la edad media de la población a estudio de 75 años y la localización más frecuente en cuero cabelludo (27,5%). El 33,3% de los pacientes alcanzó respuesta completa con el tratamiento. La tasa de respuesta objetiva fue del 56,9%, siendo la mediana del tiempo de inicio de respuesta de 2 meses y la mediana del tiempo hasta respuesta máxima de 8 meses. Se analizan diferentes aspectos clinicopatológicos predictores de la respuesta al tratamiento con inhibidores del punto de control de la inmunidad en estos tumores.

Conclusiones. La inmunoterapia es un tratamiento efectivo y seguro para un amplio grupo de pacientes con CEC avanzado.

22. UTILIDAD DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. ESTUDIO DE FACTORES CLÍNICO-PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA AFECTACIÓN GANGLIONAR MICROSCÓPICA

E. Ríos Viñuela^a, L. Rodríguez Sanchis^b, E. Nagore Enguïdanos^c, J.A. López Guerrero^d, V. Traves Zapata^e, D. Millán Esteban^d, O. Sanmartín Jiménez^c y B. Llombart Cussac^c

^aEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ^bFacultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ^cServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. ^dServicio de Biología Molecular. ^eServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia neuroendocrina cutánea infrecuente y de alta mortalidad, con una alta tasa de diseminación a los ganglios linfáticos cercanos. La biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) ha emergido como una técnica crucial para la detección de metástasis ocultas en estadios tempranos del CCM, permitiendo una mejor estratificación del riesgo y ayudando a guiar las decisiones terapéuticas.

Objetivo. Revisar una serie de pacientes diagnosticados con CCM que se sometieron a biopsia de ganglio centinela. Se busca determinar la proporción de biopsias positivas y estudiar las correlaciones entre las características clínicas e histológicas del tumor y la probabilidad de afectación ganglionar.

Material y método. Estudio retrospectivo clínico e histológico de 96 pacientes diagnosticados y/o tratados de CCM en nuestro centro. Se estudiaron los parámetros clínicos recogidos de las historias clínicas, y de los histológicos, obtenidos del material en parafina, con cortes teñidos con hematoxilina-eosina. Los marcadores inmunohistoquímicos estudiados fueron CK AE1/AE3, CK20, TTF-1, cromogranina, sinaptofisina, CD56 y Ki-67.

Resultados. Se incluyeron 96 pacientes con carcinoma de células de Merkel (CCM), 30 de los cuales se sometieron a una biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), revelando 8 casos (26,7%) con metástasis subclínicas. La localización más frecuente de los ganglios centinelas fue en la cabeza y el cuello. Los factores relacionados de manera estadísticamente significativa con la presencia del ganglio centinela positivo fueron el patrón histológico del tumor mal delimitado ($P = 0,019$), la ausencia de infiltrado inflamatorio intratumoral y peritumoral ($P = 0,026$) y la embolización ($P = 0,014$). Ningún marcador inmunohistoquímico se relacionó de manera significativa con la presencia del ganglio centinela positivo.

Conclusión. La biopsia de ganglio centinela es esencial para la detección temprana de metástasis en CCM, influyendo en el tratamiento y pronóstico. En nuestra serie, tanto la ausencia de infiltrado inflamatorio intratumoral junto a un patrón histológico mal delimitado predijo en el 100% de los casos la afectación ganglionar microscópica.

23. TERAPIA FOTODINÁMICA COMBINADA PARA EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO: ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO, COMPARATIVO, INTRAPACIENTE

I. Oteiza Rius, A. Morelló Vicente, E.M. Gómez González, D. Marcos Muñagorri, A. Carrera Gabilondo, L. Aguado Gil y R. Salido Vallejo

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

Antecedentes y objetivos. Los pacientes trasplantados de órgano sólido (PTOS) presentan un mayor riesgo de desarrollar queratosis actínicas (QA). Estudios recientes han demostrado una mayor efectividad al combinar la terapia fotodinámica convencional (TFDc) con la TFD con luz de día (TFDld) para su tratamiento en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, hasta la fecha no existen estudios en pacientes inmunosuprimidos. Por este motivo, este estudio tiene como objetivo comparar la efectividad y seguridad de la terapia combinada (TFDcomb) frente a la TFDld para el tratamiento de QA en PTOS.

Métodos. Estudio aleatorizado y controlado intrapaciente, llevado a cabo en la Clínica Universidad de Navarra entre enero del 2023 y junio del 2024. Se incluyeron PTOS mayores de 18 años con al menos un año postrasplante, que presentaran 2 áreas de 25 cm² en cara o cuero cabelludo con al menos 4 QA en cada una. Tras aleatorizar, se administraron dos sesiones separadas por 15 días de TFDcomb con ácido 5-aminolevulínico en un área y TFDld en la contralateral. La variable principal del estudio fue la reducción en el número de QA basales a los 3 meses de tratamiento. Además, se evaluaron los porcentajes de respuesta completa (RC) y parcial (RP), así como variables de tolerabilidad como la escala de reacción cutánea local (LSR) a las 48 h de tratamiento.

Resultados. Se reclutaron un total 13 pacientes con 169 QAs. A las 12 semanas de tratamiento el área tratada con TFDcomb mostró una mayor disminución de QA basales en comparación con el área tratada con TFDld (79,55% vs. 65,43%, $p < 0,05$). Además, las tasas de RC (15,38% vs. 7,69%, $p > 0,05$) y RP (61,53% vs. 38,46%, $p > 0,05$) fueron más altas en las áreas tratadas con TFDcomb. También se observó una mayor respuesta cutánea local en estas áreas en comparación con las tratadas con TFDld (LSR: 4,63 vs. 3,9, $p > 0,05$). En cuanto al dolor, los pacientes tratados con TFDcomb experimentaron un aumento leve durante la iluminación con lámpara en comparación con TFDld (VAS: 2,53 vs. 0,23, $p > 0,05$).

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren una mayor efectividad de la terapia fotodinámica combinada en comparación con la TFDld para el tratamiento de QAs en PTOS.

Oncología 2

24. CORRELACIÓN ENTRE LA DERMATOSCOPIA ÓPTICA DE GRAN AUMENTO Y LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE CAMPO LINEAL: OBSERVACIONES PRELIMINARES

A.C. Rivas Segovia^a, C. Lenoir^a, A. Luna^a, C. Carrera Álvarez^a, S. Podlipnik^a, R. Alberó^b, S. Puig Sardá^a, J. Malveyh Guilera^a y J. Pérez-Anker^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínic. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La dermatoscopia óptica de gran aumento (OSHMD, siglas en inglés) es una herramienta innovadora para el diagnóstico no invasivo de lesiones cutáneas, facilitando la visualización de estructuras invisibles o apenas visibles con la magnificación estándar. La tomografía de coherencia óptica de campo lineal (LC-OCT, siglas en inglés) es un dispositivo de imagen *in vivo* con penetración profunda en los tejidos y resolución celular en tres dimensiones. El objetivo del estudio es describir la correlación entre OSHMD y LC-OCT.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Clínic de Barcelona con cinco lesiones cutáneas confirmadas por anatomía patológica (AP). Se utilizó un dispositivo LC-OCT con marca CE (DeepLive™; DAMAE Medical, París, Francia) y las imágenes dermatoscópicas se capturaron con la Medicam 1000 (Fotofinder System, Bad Birnbach, Alemania), utilizando la lente D-Scope III.

Resultados. Describimos los hallazgos en OSHMD y LC-OCT: 1. carcinoma basocelular: múltiples vasos arboriformes, puntos de pigmento y glóbulos azules compuestos por células redondeadas (blueberry pattern) invisibles con dermatoscopia estándar. LC-OCT: las células redondeadas correspondían a células brillantes en la dermis papilar, identificadas en la AP como melanófagos. 2. Carcinoma escamoso invasor: múltiples áreas rojo-lechosas sin estructura con vasos glomerulares invisibles en la dermatoscopia convencional, no se detectaron células sueltas. LC-OCT: hiperqueratosis, acantosis con displasia queratinocítica y vasos glomerulares. 3. Mácula melanótica: múltiples puntos de pigmento gris con pequeños vasos glomerulares y células grises de forma irregular en foco. LC-OCT: células pigmentadas monomórficas en la capa basal. 4. Nevus con atipia (NA): múltiples células pigmentadas dispuestas en sábana, con células redondeadas y dendríticas en foco. LC-OCT: numerosas células dendríticas y redondeadas brillantes. AP: NA con rasgos pituroides. 5. Melanoma: disrupción del patrón en anillo con células dendríticas en foco y áreas de engrosamiento reticular. LC-OCT: células dendríticas y redondeadas brillantes en diferentes niveles de la epidermis.

Conclusiones. Nuestras observaciones preliminares sugieren que el uso combinado de LC-OCT y OSHMD ofrece una visión más profunda de la histología *in vivo* de las lesiones cutáneas, especialmente de las pigmentadas.

25. TUMOR MELANOCÍTICO CON FUSIÓN CRT11:: TRIM11, UN IMITADOR HISTOLÓGICO DE MELANOMA DÉRMICO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

L. Moreno Hernández^a, C.M. Martorell Moreau^a, E. Vanrell Büse^a, M.N. Olmos García^a, A.T. Flores García^b, D. Laguna Macarrilla^b, D.S. Romano^b, I. Sureda Albertí^b, N. Izquierdo Herce^a, M. Mir Bonafé^a, V. Rocamora Durán^c, C. Gómez Bellvert^b y C. Saus Sarrias^b

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ^cDermatología. Hospital de Manacor. Manacor. Illes Balears. España.

Antecedentes y objetivos. El diagnóstico histopatológico de las neoplasias dérmicas/subcutáneas con diferenciación melanocítica puede suponer un reto debido su amplio diagnóstico diferencial y a las grandes similitudes entre las distintas entidades. Recientemente

te, se ha caracterizado el tumor melanocítico cutáneo con fusión CRTC1::TRIM11 como una nueva entidad dentro de esta categoría. **Métodos.** Se presentan tres casos de tumor melanocítico con fusión CRTC1::TRIM11, mostrando sus características clínicas, histopatológicas, inmunohistoquímicas y moleculares.

Resultados. El tumor melanocítico con fusión CRTC1::TRIM11 es una neoplasia con diferenciación melanocítica descrita por primera vez en 2018, habiéndose publicado en la literatura desde entonces unos 50 casos aproximadamente.

Presentamos tres pacientes de 34, 42 y 56 años, que presentan una lesión única, nodular, de reciente aparición de entre 3 y 10 mm de diámetro, localizadas dos de ellas en brazo y una en la región escapular. Histopatológicamente, eran tumores dérmicos bien delimitados compuestos por nidos de células pleomórficas con núcleos vesiculosos y nucleolo prominente, con citoplasma anfófilo mal definido. Los grupos estaban separados por finas bandas de colágeno. La tinción inmunohistoquímica en todos los casos fue intensa y difusa para SOX10 y variable y/o focal para HMB-45, MelanA y S100. En el análisis molecular, la negatividad del reordenamiento EWS-ATF1, descartó sarcoma cutáneo de células claras y demostró fusión CRTC1::TRIM11, tanto con FISH como con secuenciación, en todos los casos. El abordaje terapéutico fue la escisión completa del tumor y posterior ampliación con márgenes de 2 cm. Ninguno de los casos ha presentado recurrencia o metástasis hasta la fecha de hoy, con períodos de seguimiento que oscilan entre 11 años y 3 meses.

Conclusiones. El tumor melanocítico con fusión CRTC1::TRIM11 es una entidad novedosa que amplía el diagnóstico diferencial de los tumores con diferenciación melanocítica. Con este trabajo, queremos insistir en la importancia de reconocer dicha entidad, potencial confusión con melanoma dérmico primario o metastásico.

26. SERIE DE MELANOMA CON PROGRESIÓN A ANTI-PD1

I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo, C. Méndez Abad, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, J.F. Millán Cayetano, M.T. Fernández Morano y M. Linares Barrios

Servicio de Dermatología M.Q. Y V. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. El melanoma con resistencia a anti-PD-1 puede suponer un reto terapéutico especialmente en casos BRAFwt, nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes con melanoma resistentes a anti-PD-1 y evaluar la respuesta a 2ª línea terapéutica, y realizar un análisis de la supervivencia.

Material y método. Estudio observacional descriptivo de una serie de casos de melanoma con anti-PD-1 y progresión durante el tratamiento en el servicio de Dermatología entre enero 2019 y septiembre 2024. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas, histológicas y de supervivencia.

Resultados. Se reclutaron 11 pacientes con melanoma y progresión a anti-PD-1. La mediana de edad fue de 60,19 años, 70% mujeres. El 72% eran BRAFv600. El estadiaje fue superior al IIIC en todos ellos. El 63% se trató en adyuvancia, el 18% en neoadyuvancia y el 18% como metastásico. La mediana de tiempo hasta progresión con anti-PD-1 fue de 35,2 meses. La 2ª línea fue ipilimumab y nivolumab (I+N) en un 27%, terapia dirigida (TD) y cirugía en un 36%, TD exclusiva en un 18% y cuidados paliativos en un 9%. La respuesta a 2ª línea fue del 36% de respuestas completas (RC), 36% de respuestas parciales (RP) y 27% de no respondedores (NR). La supervivencia de los que obtuvieron RC+RP fue de 12,59,8 meses (hasta progresión o cut-off), siendo mayor para aquellos con RC (189,6 meses). La supervivencia global a 3 años de la serie fue del 50%, en el grupo con RC a 2ª línea fue del 100%, del 66% en los de RP, y del 33% en NR. De los 3 casos con 2ª línea de I+N no se obtuvo ninguna RC.

Conclusión. El melanoma resistente a anti-PD-1 puede suponer un reto terapéutico, sobre todo los BRAFwt. Presentamos una serie de melanomas con resistencia en su mayoría primaria a anti-PD-1 (73%) en estadios avanzados, la mayoría con mutación BRAFv600

(72%). Hemos observado una mejor supervivencia en los que obtienen una RC o RP con la 2ª línea, sobre todo si el cambio es a TD. No obstante, el escaso número de pacientes es un posible sesgo a tener en cuenta. El cambio de inmunoterapia (IT) a TD parece ofrecer más posibilidades de respuesta que el retratamiento o tratamiento con doble IT, aunque se precisa un mayor tiempo de seguimiento para evaluar el mantenimiento de la respuesta de la TD así como el papel de posibles coadyuvantes para potenciar el efecto de la IT.

27. CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO PERIOCULAR CON INVASIÓN ORBITARIA: NUESTRA EXPERIENCIA CON INHIBIDORES DE HEDGEHOG

A. Vidal González^a, M.L. Alonso Pacheco^a, A. Mayor Iburguren^a, R. Cruz-Conde de Boom^a, S. López Alcázar^a, M.J. Beato Merino^b, M. Sánchez Orgaz^c y M. Mayor Arenal^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. ^cOftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma basocelular periocular constituye un reto terapéutico dada su tendencia a la recidiva local y a la invasión orbitaria, situación que puede abocar a la exenteración, con importante morbilidad. En la última década los inhibidores de la Vía Hedgehog han permitido un cambio de paradigma en el manejo de este grupo de pacientes.

Material y método. Presentamos nuestra experiencia clínica en una serie de 11 pacientes de edad avanzada de carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCla) de localización periocular, cuatro de los cuales presentaban invasión orbital. Ocho pacientes fueron inicialmente tratados con vismodegib y tres con sonidegib. La toxicidad fue en general aceptable, presentando efectos adversos grado 1 y 2, leves y tolerables. En 7 pacientes se obtuvo respuesta completa, parcial o enfermedad estable, en uno de los cuales se realizó rescate quirúrgico. Un paciente respondió parcialmente con posterior progresión que requirió tratamiento con inmunoterapia. La exenteración fue inevitable en 3 pacientes: en dos tras respuesta parcial y progresión posterior y en uno por retirada prematura del tratamiento por toxicidad grado 4. Tras recaída o toxicidad en cuatro pacientes se optó por retratamiento: vismodegib en dos pacientes y cambio de vismodegib a sonidegib en otros dos pacientes. La tolerancia y la respuesta al retratamiento en ambos grupos de pacientes fue buena.

Discusión. Se han identificado como factores de riesgo de invasión orbitaria más importantes en los CBCla periorbitales la cirugía sin control de márgenes o con márgenes positivos, la localización en canto interno, y las formas histológicas infiltrativas y basoescamosas. Consideramos que la exenteración orbitaria debe evitarse, ya que asocia una elevada morbilidad y una deformidad anatómica subsecuente inaceptable. El tratamiento con inhibidores de Hedgehog, aún sin conseguir respuestas completas en algunos casos, permite el control de la enfermedad en la mayoría de los casos con una toxicidad aceptable. Existen alternativas ante la pérdida de respuesta o de toxicidad como el retratamiento, la realización de terapia intermitente o el switching entre los inhibidores siempre que haya habido respuesta previa. Proponemos vismodegib y sonidegib como excelentes indicaciones en carcinomas basocelulares periorbitales con riesgo de invasión orbitaria.

28. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DEL MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE VALENCIA

Á. González García, E. Pérez Zafrilla, R. Peñuelas Leal, C. Labrandero Hoyos, A. Grau Echevarría, M. Finello, D. Blaya Imbernón, A. Nàcher Albiach, L. Giménez Cuenca y G.M. Pérez Pastor

Departamento de Dermatología y Venereología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. El melanoma lentiginoso acral (MLA) se caracteriza por su baja prevalencia y alta tasa de mortalidad, probablemente por retraso en el diagnóstico. Además, existe una escasez de estudios centrados en las variaciones biológicas y moleculares del MLA, lo que limita la comprensión sobre su comportamiento clínico y respuesta a las terapias convencionales. Entre nuestros objetivos se incluye una descripción de las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas del MLA y así impulsar la colaboración científica para iniciar nuevas investigaciones.

Métodos. Todos los datos obtenidos se han extraído de una base de datos actualizada que recoge todos los pacientes diagnosticados de MLA en nuestro centro desde 1977, con un total de 169. Se han analizado diferentes características, tales como la localización anatómica exacta de aparición del melanoma, la edad al diagnóstico, el sexo y el estadiaje. También otras características pronósticas como la recurrencia, la supervivencia y la presencia de metástasis.

Resultados. En nuestra serie de MLA, predominó el sexo femenino (56%) y la aparición en extremidades derechas (56%), con mayor frecuencia en extremidades inferiores (77%). Los MLA afectaron principalmente a dedos (45%), seguido del talón (20%), planta (19%), dorso (13%) y palma (3%). La edad media al diagnóstico fue de 67 años. El estadio T4b fue el más común (21%), seguido de T1a (20%), con un 6,5% de casos in situ. En cuanto a mutaciones, se observó una menor prevalencia de BRAF mutado, con un predominio de mutaciones en KIT y NRAS. De forma llamativa, en los melanomas subungueales no se detectaron mutaciones a pesar del amplio estudio genético. El 23% de los pacientes presentaron metástasis a distancia. La supervivencia general fue del 5% al año, 28% a los 3 años y 43% a los 5 años. Estos hallazgos subrayan la agresividad del MLA y la necesidad de un diagnóstico precoz en el que el tratamiento quirúrgico sea curativo.

Conclusiones. El mecanismo patogénico del MLA queda por esclarecer, manteniéndose como posibilidad un origen postraumático y las fuerzas de presión.

El estadio al diagnóstico suele ser elevado, implicando por ello un mal pronóstico.

El estudio de mutaciones es de vital importancia para desarrollar y ofrecer una terapia dirigida, ya que la respuesta a la inmunoterapia parece ser inferior a la del melanoma no acral.

29. ANÁLISIS GEOESPACIAL DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN ESPAÑA EN 2017-2022

A. García Núñez^a, J. Carlos Hernández Rodríguez^a, I. Khair Fernández^a, M. Sendín Martín^a, A. Cayuela^b, J.J. Pereyra Rodríguez^a y J. Conejo Mir Sánchez^a

^aUGC de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

^bUnidad de Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) se considera el grupo de tumores malignos más frecuente en individuos de fototipos bajos y el tipo de cáncer de piel con mayor crecimiento en incidencia a nivel global. Sin embargo, su mortalidad en nuestro país ha disminuido en las últimas décadas. Presentamos un estudio observacional donde se busca realizar un análisis geoespacial de las tasas de mortalidad por CCNM en las provincias españolas entre 2017 y 2022, así como evaluar si existen clusters de mortalidad en las distintas provincias.

Métodos. Los datos de fallecimientos por CCNM (CIE10 C44) y las poblaciones de cada periodo fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Para el análisis de posibles clusters, se empleó el índice local de Moran. Para estudiar patrones provinciales de mortalidad, se calcularon la razón de mortalidad estandarizada (RME), el riesgo relativo (RR) y la probabilidad posterior (PP) en los periodos asignados.

Resultados. Los territorios con menor tasa estandarizada de mortalidad fueron Pontevedra (0,828 casos cada 100 000 habitantes),

Gerona (0,914) y Madrid (0,927). Por otro lado, los de mayor mortalidad fueron Teruel (2,174), Almería (2,097) y Guipúzcoa (1,947). Para el exceso de mortalidad se encontraron datos similares, siendo la mayor RME en Teruel (1,65), Almería (1,59) y Guipúzcoa (1,48). En cuanto al RR, se objetivaron mayores cifras en Almería (1,48), Cádiz (1,41) y Granada (1,36) y las menores, en Madrid (0,73), Pontevedra (0,74) y Barcelona (0,78). Si nos centramos en el intervalo de mayor RR entre 2017 y 2022, se apreció un aumento del número de provincias en dicho grupo, incrementándose de 0 a 4 (Huelva, Cádiz, Granada y Almería). Finalmente, se observaron provincias designadas como clusters de mortalidad de manera estadísticamente significativas, como Huelva, Granada, Almería y Murcia.

Conclusiones. Aunque las provincias con mayor mortalidad se encuentran distribuidas de forma dispersa en la geografía española, las que presentaron cifras menores se objetivaron en la mitad superior de la península. Por otro lado, los clusters de mortalidad y provincias con mayor RR se localizan en los territorios más septentrionales. Además, se aprecia un aumento en el número de provincias con el RR en el intervalo más alto entre 2017-2022, teniendo que analizar el papel de la pandemia de SARS-CoV-2.

30. REPLANTEANDO LA DEFINICIÓN Y LA IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA DESMOPLASIA EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ESTUDIO RETROSPECTIVO CLÍNICO-HISTOLÓGICO

C. Abril Pérez^a, B. de Unamuno Bustos^a, V. Martínez Cozar^b, M. Llavador Ros^b, B. Escutia Muñoz^a y R. Botella Estrada^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. España.

El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) ha experimentado en los últimos años, un aumento dramático en su incidencia y mortalidad, con riesgos de metástasis ganglionar y muerte del 3,7% al 5,2% y del 1,5% al 3%, respectivamente. Se han establecido varios criterios de alto riesgo que otorgan peores resultados en términos pronósticos. La desmoplasia se ha posicionado claramente como una característica de muy alto riesgo para el cSCC. La tasa de recidivas locales y metástasis puede multiplicarse por 6 y hasta por 10 cuando existe esta. Tras realizar una revisión sistemática de la literatura, vemos cómo es un artículo de Breuninger et al., publicado en 1997 el que es mencionado como referencia de la desmoplasia en la inmensa mayoría de los trabajos. Algunos artículos ni siquiera mencionan como tal qué es la desmoplasia y otros la equiparan completamente al término fibrosis o esclerosis. Con este trabajo planteamos que la desmoplasia puede encontrarse en el CEC de manera más frecuente a lo que la definición clásica nos podría indicar, no siendo necesario encontrar una arquitectura tumoral concreta. Con el objetivo de aunar una definición consensuada, se remitieron cortes histológicos casos de CEC del HUyP La Fe a 4 dermatopatólogos españoles. Los autores CAP y RBE de este estudio remitieron laminillas conteniendo CEC con nula/leve, moderada o intensa desmoplasia, para ser evaluadas de manera ciega por los 4 dermatopatólogos. Se obtuvo por consenso una definición de desmoplasia, diferente del clásico, sin ser la aparición de hileras o nidos tumorales una condición *sine qua non*. Posteriormente, se revisaron los CEC diagnosticados en el servicio en 2018, de manera ciega, tanto a nivel histológico como en cuanto a la historia clínica. De los 192 casos revisados, 5 mostraron recidiva, de los cuales 3 tuvieron progresión de enfermedad y 2 de ellos muerte a causa de enfermedad. Todos ellos mostraban esta desmoplasia moderada o intensa en el estudio histológico. Aquellos casos que mostraron desmoplasia moderada/intensa recidivaron en un 12,2%, con fallecimiento a causa de enfermedad en un 2,3%. Ninguno de los tumores había sido caracterizado como desmoplásico previamente. La desmoplasia es a día de hoy un criterio de muy alto riesgo. Sin embargo, podemos encontrarlos ante un infradiagnóstico de la misma, dado a que la definición clásica no se encuentra validada y es restrictiva.

31. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO CON IMATINIB EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS AVANZADO: SERIE UNICÉNTRICA DE 8 CASOS

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

^aEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ^bServicio de Dermatología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo poco frecuente, caracterizado por su agresividad local y su alta tendencia a producir recidivas locales, pero con un bajo potencial de metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la cirugía con control de márgenes. No obstante, existen casos de tumores localmente avanzados que no son tributarios de tratamiento quirúrgico inicialmente. En estos últimos, se ha observado que el Imatinib puede tener un papel como tratamiento neoadyuvante para reducir el área tumoral y facilitar una cirugía de rescate posterior, e incluso se han descrito casos de remisión completa tras el tratamiento.

Objetivos. Revisar las características clínicas e histológicas de los DFSP localmente avanzados tratados con Imatinib en nuestro centro, así como la respuesta terapéutica y el pronóstico de estos pacientes. **Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico de 8 DFSP localmente avanzados tratados con Imatinib en el Instituto Valenciano de Oncología entre 2003 y 2023.

Resultados. Tras el tratamiento con Imatinib, se constató una disminución clínica del tamaño tumoral junto con una mejor delimitación del tumor para la extirpación quirúrgica, aunque esta reducción de tamaño no fue significativa en el defecto quirúrgico final. Histológicamente se observó una reducción marcada de la celularidad tumoral junto con el desarrollo de un estroma hialino de aspecto pseudocicatrizal, que en algunos casos podía interpretarse como ausencia tumoral si no se realizaban técnicas de biología molecular. Se observó además una reducción de la expresión de CD34, sin desaparecer completamente. En ningún caso se produjo una remisión completa del tumor.

Conclusiones. La neoadyuvancia con Imatinib es eficaz para reducir la celularidad y el volumen tumoral y así facilitar una cirugía posterior. Los cambios histológicos producidos por Imatinib dificultan la detección de células tumorales persistentes y hacen necesaria la realización de técnicas de inmunohistoquímica y biología molecular para demostrar la persistencia tumoral. El abordaje quirúrgico sigue siendo de elección para el tratamiento del DFSP.

32. EVALUACIÓN DEL ESPECTRO DE AGRESIVIDAD DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS Y EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS TRANSCRIPTÓMICAS SINGULARES

S. Rodríguez Conde^{a,c}, C. Cardona Machado^{a,b,c}, R. Corchado Cobos^c, N. García Sancha^c, J. Pérez Losada^c, L.A. Corchete Sánchez^d, A.A. Cabanillas Cabral^{a,c} y J. Cañueto Álvarez^{a,b,c}

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) (CANC30), ^cInstituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (LAB20). Campus Miguel de Unamuno. Salamanca. España. ^dKrantz Family Center for Cancer Research. Harvard Medical School. Boston. Massachusetts. Estados Unidos.

Introducción. La queratosis actínica (QA) es el factor de riesgo independiente más importante para el desarrollo del carcinoma escamoso cutáneo (CEC). La descripción de la QA es esencialmente clinicopatológica y su caracterización molecular no está completamente definida. Por otra parte, el pronóstico del CEC no está total-

mente bien definido con factores clínicos e histopatológicos. Nos propusimos evaluar un espectro de agresividad desde la piel normal hacia el CEC y buscamos firmas transcriptómicas singulares que pudieran reproducir el espectro de agresividad del CEC.

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

Resultados. De las muestras analizadas, identificamos 1332 genes que mostraron diferencias de expresión significativas. Las queratosis actínicas (QA) presentaron un perfil transcriptómico diferenciado en comparación con la piel normal y el CEC. Pudimos detectar una firma transcriptómica de 23 genes capaces de diferenciar los grupos de piel normal, QA y CEC. Detectamos 2 grupos de QA a nivel transcriptómico. Destacó la expresión diferencial genes implicados en vías implicadas en la inflamación, metabolismo, transición epitelial a mesenquimal, apoptosis y ciclo celular, entre otros.

Conclusiones. El análisis de RNA-seq permitió la identificación de dos subgrupos molecularmente distintos QA y una firma característica de CEC de mayor riesgo. Uno de los subgrupos de QA mostró un perfil transcriptómico más similar a la piel normal, mientras que el otro tuvo más similitudes con los CEC. Estos hallazgos pueden ayudar en el manejo clínico y facilitar el desarrollo de terapias personalizada.

33. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO EN SUPERVIVIENTES DE MELANOMA PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA

M. Luque Luna^a, M. García-Calvente^b, E. Serra^a, T. Torres^c, S. Puig^a, S. Podlipnik^a y A. Toll Abelló^a

^aDermatología. Hospital Clínic de Barcelona. ^bUniversitat de Barcelona. Hospital Clínic de Barcelona. ^cAugust Pi Sunyer Biomedical Research Institute (IDIBAPS). Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España

Antecedentes. El creciente número de casos de cáncer de piel a nivel mundial, como el carcinoma basocelular (CBC), carcinoma de células escamosas (CCE) y melanoma, resalta la necesidad de entender sus interrelaciones. Este estudio se enfoca en el cáncer de piel no melanoma (CPNM) en pacientes previamente diagnosticados con melanoma.

Objetivo. Explorar el estado de inmunosupresión, analizar la relación entre el melanoma y otros tipos de CPNM, incluyendo el carcinoma basocelular y de células escamosas, así como tipos menos comunes, y examinar la asociación entre variantes del gen MC1R y CPNM.

Diseño. Se realizó un análisis retrospectivo de 1.888 pacientes con melanoma del Hospital Clínic de Barcelona entre 2011 y 2018. La recolección de datos incluyó información sobre CPNM, inmunosupresión, mutaciones del gen MC1R y factores demográficos.

Métodos. Se aplicaron métodos estadísticos avanzados como el modelo Fine and Gray para el análisis de riesgo competitivo y pruebas de Chi_cuadrado y Wilcoxon para el análisis descriptivo.

Resultados. De los 1.888 pacientes con melanoma incluidos en este estudio, 397 desarrollaron CPNM, resultando en un total de 991 tumores. El CBC fue el tumor más prevalente, diagnosticado en 723 casos (73%), mientras que el carcinoma de células escamosas in situ (enfermedad de Bowen) se identificó en 145 casos (15%), y el carcinoma de células escamosas en 106 (11%). Otros tipos menos

comunes sumaron un total de 11 casos (1,1%). Se observó una proporción significativamente mayor de hombres (60,5%) en el grupo con CPNM en comparación con el grupo sin CPNM (45,6%). Se encontró una mayor prevalencia de inmunosupresión en el grupo con CPNM (27,6%) en comparación con el grupo sin CPNM (21,8%). El estudio no reveló diferencias estadísticamente significativas en la presencia de variantes del gen MC1R entre pacientes con y sin CPNM. La edad media en el grupo con CPNM fue notablemente mayor (69,4 años) en comparación con el grupo sin CPNM (54,9 años). **Conclusión.** La alta incidencia de CPNM en nuestra cohorte de pacientes con MM (21%) subraya la necesidad de regímenes de seguimiento específicos en estos pacientes, especialmente en hombres mayores y aquellos con inmunosupresión.

34. INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES Y RESPUESTA A INMUNOTERAPIA EN UNA SERIE DE MELANOMAS

R.D. Palacios Díaz^a, B. de Unamuno Bustos^a, C. Abril Pérez^a, S. Palanca Suela^b, D. Moreno Ramírez^c, L. Ferrándiz Pulido^c, F.M. Almazán Fernández^d, A. Boada García^e, L. Loidi Pascual^f y R. Botella Estrada^a

^aDermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

^bLaboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínico. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

^cDermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

^dDermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

^eGranada. ^fDermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona.

^gDermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. La inestabilidad de microsatélites (MSI) se produce como consecuencia de la alteración de uno o más genes reparadores del ADN (MSH2, MSH3, MSH6, MLH1, MLH3, PMS1 y PMS2) que conlleva la disfunción de las proteínas reparadoras de los errores de la replicación. Se ha descrito MSI en el 15-30% de los melanomas, incrementándose con la progresión tumoral. Estudios recientes sugieren la utilidad de la MSI como biomarcador de respuesta a la inmunoterapia.

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es evaluar la inestabilidad de microsatélites mediante el análisis de la expresión de las proteínas MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y su relación con respuesta a inmunoterapia en una serie de melanomas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de una cohorte de melanomas. La expresión de las proteínas MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 se ha realizado por inmunohistoquímica por dos observadores independientes. El índice de expresión se determinó por el porcentaje de núcleos de células tumorales teñidos en relación con todas las células tumorales. Según el índice de expresión, los casos se clasificaron en: 0 %, 1-74 % y ≥ 75 %. La intensidad de la expresión se clasificó según la tinción nuclear del tumor en “+” (débil), “++” (moderada) y “+++” (fuerte). Los hallazgos se relacionaron con respuesta a inmunoterapia, progresión de enfermedad y supervivencia específica de melanoma. El análisis de los datos se ha realizado mediante χ^2 o test exacto de Fisher, y curvas de supervivencia ($p < 0,05$; STATA).

35. INCIDENCIA, TIPOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE CÁNCER CUTÁNEO Y QUERATOSIS ACTÍNICAS TRAS TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Mansilla-Polo^a, J. Montoro^b, J. López-Davía^a, B. de Unamuno-Bustos^a, D. Martín-Torregrosa^a, M.Á. Sanz^b, R. Botella-Estrada^a y J. Sanz^b

^aDermatología. ^bHematología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. En los últimos años, se ha documentado un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel en receptores de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH). Sin embargo, la mayoría de los estudios no evalúan este riesgo en el trasplante autólogo y son antiguos. Los objetivos de este estudio fueron analizar la incidencia, factores de riesgo, tipología, tratamiento y evolución del cáncer cutáneo y queratosis actínicas (QA) en pacientes sometidos a TPH.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico con todos los pacientes sometidos a TPH en un hospital terciario de referencia en hematología entre 2007 y 2023.

Resultados. Se incluyeron 2.042 pacientes (1.182 trasplantes alogénicos y 860 autólogos). Durante una mediana de seguimiento de los pacientes supervivientes de 30 meses, se registraron 96 QA o cánceres cutáneos. La mediana de intervalo desde el TPH hasta el diagnóstico fue de 35,4 meses. La incidencia acumulada de cáncer cutáneo a los 2, 4 y 6 años fue del 1,8% (IC 95%, 1,2-2,6), 4,1% (IC 95%, 3,1-5,2) y 6,1% (IC 95%, 4,7-7,6), respectivamente. La lesión más frecuente fueron los carcinomas basocelulares (CBC) (35%), seguido de las QA (30%) y los carcinomas escamosos cutáneos (CEC) (22%). La edad, el sexo masculino, los antecedentes de cáncer de piel y la enfermedad de injerto contra huésped (EICH) crónica con afectación mucocutánea se aislaron como factores de riesgo significativos. El voriconazol se asoció específicamente a una mayor tasa de CEC invasivos. Destacó una alta proporción de CBC y CEC de alto riesgo, una alta tasa de márgenes positivos tras cirugía y un gran porcentaje de sucesivas neoplasias cutáneas tras una primera en el tiempo.

Conclusión. Tanto los receptores de TPH autólogo como alogénico presentan un importante riesgo de cáncer cutáneo y QA, especialmente los de mayor edad, sexo masculino, EICH crónica mucocutánea y antecedentes de cáncer cutáneo previo al TPH. El voriconazol se asoció particularmente a tasas más elevadas de CEC invasivo. Son frecuentes los tumores agresivos, con márgenes positivos y la sucesión de múltiples tumores cutáneos en el tiempo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una vigilancia continua y la aplicación de prácticas de cribado y prevención de cáncer cutáneo basadas en el riesgo para los supervivientes de TPH.

PÓSTERES

Cirugía

P1. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN PUNTA NASAL MEDIANTE COLGAJO DE ROTACIÓN EN “J”

J.J. Mateos Rico, M. Gutiérrez Pascual, A. Sánchez Gilo, M.D. Caro Gutiérrez, L. Luna Bastante, A. Alegre Bailo, N.M. Román Mendoza, C. Marcos Rodríguez y F. J. Vicente Martín

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

Introducción. La región nasal constituye una de las áreas estéticas más importantes de la anatomía. La reconstrucción en este área supone un reto quirúrgico. Snow, Mohs y Olansky describieron en 1990 el colgajo de rotación en “J” para la reconstrucción de la punta nasal.

Casos clínicos. Presentamos una serie de tres casos de patología tumoral en punta nasal. Los defectos quirúrgicos tenían un diámetro de entre 5-8 milímetros. Fueron reconstruidos mediante un colgajo de rotación lateral en J.

Discusión. Este colgajo consiste en una rotación lateral de la piel del dorso y pared nasal sobre la incisión creada en el surco supraalar y en el surco nasolabial. Se obtiene como resultado una cicatriz

en forma de letra “J”. El colgajo dispone de un pedículo amplio que aporta una buena vascularización. El resultado estético es aceptable al emplear piel de similares características a las del defecto y esconder las cicatrices sobre los surcos anatómicos.

Conclusión. El colgajo de rotación en “J” nos parece una buena opción para los defectos quirúrgicos de la punta nasal.

P2. COLGAJO TRIPIER TUNELIZADO UNA ALTERNATIVA PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE PÁRPADO INFERIOR

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

Dermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Antecedentes y objetivos. La reconstrucción de defectos de párpado inferior tras cirugía oncodermatológica supone en ocasiones un reto para el dermatólogo, existen múltiples opciones quirúrgicas para reconstrucción de párpado inferior, incluyendo diferentes colgajos, injertos y combinaciones de ellos. Entre las opciones favoritas se encuentra el colgajo Tripiér clásico o colgajo musculocutáneo de transposición del párpado superior. El objetivo del presente trabajo es mostrar una alternativa al anterior realizándolo tunelizado, trasponiéndolo a través de un túnel subcutáneo al párpado inferior.

Materiales. Tres casos de reconstrucción de párpado inferior tras tumorectomía mediante colgajo musculocutáneo de transposición del párpado superior tunelizado. Se muestran imágenes de la planificación quirúrgica, postoperatorio y durante el seguimiento.

Resultados. Presentamos 3 casos en los que se utilizó esta técnica para reconstrucción de los defectos. Dos mujeres y un hombre de edades comprendidas entre los 47 y los 75 años. Con 3 carcinomas basocelulares en párpado inferior, 2 de ellos intervenidos mediante cirugía micrográfica de Mohs, libres al primer pase. Las complicaciones fueron leves, hemorragia postquirúrgica y necrosis superficial. El resultado final cosmético y funcional para médico y paciente fue bueno o muy bueno en todos. Con un seguimiento de entre 8 y 27 meses, media 17, sin detectar ninguna recurrencia.

Conclusiones. El colgajo de Tripiér es una buena opción ante defectos lineales extensos de párpado inferior, en ocasiones precisa la realización de un segundo acto quirúrgico para retocar los pedículos. Presentamos esta serie de casos de Tripiér tunelizados, los cuales tienen la ventaja de no precisar retoque dado que el pedículo quedará enterrado bajo el túnel. Además, muestran buenos resultados estéticos y funcionales. Si bien exigen una elaboración cuidadosa y cierta destreza manual, si la técnica es la idónea las complicaciones derivadas son menores o transitorias.

P3. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA EN NONAGENARIOS: ANÁLISIS DE COMPLICACIONES Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS

E. García Mouronte, B. de Nicolás Ruanes, E. Berna Rico, C. Azcárraga Llobet, P. Burgos Blasco, D. de Perosanz Lobo, J. Jiménez Cauhé, A. Suárez Valle, P. Jaén Olasolo y S.B. Ardébol

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

El manejo de las neoplasias cutáneas en ancianos constituye un problema complejo en la práctica clínica. De hecho, la guía británica de tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) recomienda una conducta expectante si el pronóstico vital es limitado. Por ello, el objetivo del presente trabajo es describir y analizar las comorbilidades y resultados postoperatorios de los pacientes nonagenarios sometidos a una intervención quirúrgica dermatológica.

Se trata de una cohorte retrospectiva unicéntrica de 70 pacientes nonagenarios que fueron sometidos a cirugía dermatológica en un centro terciario entre 5/2023 y 1/2024. Diferentes variables obtenidas de sus historias clínicas electrónicas. La comorbilidad de los pacientes fue valorada mediante el índice de Charlson (CCI).

La mayoría de los pacientes fueron hombres (n = 37; 52,86%), con una edad mediana de 92 años. Quince (21,43%) y 18 (25,71%) recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante. Se extirparon un total de 103 tumores, siendo el diagnóstico más frecuente el CBC (n = 46; 44,66%), seguido por el carcinoma epidermoide (CE, n = 41; 39,81%), con una razón CBC/CE = 1,12. Diez (25%) de los CE presentaban una estadificación T3-T4 (sistema AJCC-8). La mayoría de los procedimientos quirúrgicos se realizaron bajo anestesia local (n = 58; 82,86%), con control convencional de márgenes (n = 99; 96,12%) y plastia primaria (n = 63; 61,17%). Solo se detectó afectación microscópica de los bordes en 4 tumores (3,88%). Ocho defectos fueron reconstruidos con injerto (7,77%) y 19 mediante colgajo local (18,45%). Dieciséis pacientes (22,86%) sufrieron complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente la dehiscencia (n = 9; 12,86%). Esta fue más incidente en CE (66,67% vs. 40,98%), neoplasias T3 (33,3% vs. 9,8%) y defectos reconstruidos con colgajo local (44,4% vs. 19,7%). En un periodo medio de seguimiento de 4,17 meses fallecieron 4 pacientes (5,7%). Ninguna muerte se produjo en el primer mes del postoperatorio. La puntuación del CCI fue de 2 (0-12). El CCI no se correlacionó con la mortalidad (R = 0,208; p = 0,09), pero sí con el riesgo de complicaciones (R = 0,303; p = 0,01). Nuestros hallazgos confirman que el tratamiento quirúrgico de las neoplasias cutáneas en pacientes nonagenarios es eficaz, seguro y bien tolerado. Por ello, la resección quirúrgica debería ser considerada el tratamiento de elección en este rango etario.

P4. MODIFICACIONES DEL COLGAJO CENTOLLO EN DEFECTOS DEL DORSO NASAL

B. Romero Jiménez^a, E. Vargas Laguna^a, F. Gruber Velasco^a, C. Axpe Gil^a, M.J. Barros Eyzaguirre^a, D. Hernández de Jesús^a, M. Dorado Fernández^a, N. Silvestre Torner^a, K. Magaletskyy Kharachko^a, S. Samer Tabbara Carrascosa^a, J. Román Sainz^a, M. Martínez Pérez^a, A. Imbernón Moya^a y F. Ruso de la Torre^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción. En 2022 Ruso et al. describieron nuevos colgajos cutáneos para la reconstrucción de defectos quirúrgicos triangulares, entre ellos el colgajo centollo. Presentamos dos casos en los que hemos realizado variaciones de este colgajo.

Casos clínicos. Mujer de 37 años con un carcinoma basocelular nodular, confirmado por biopsia, en la pared lateral nasal izquierda. Tras la resección del tumor con un margen periférico de 5 mm presenta un defecto de 1,6 x 1,2 cm. Se cierra con un colgajo de rotación tipo centollo modificado.

Varón de 77 años con un carcinoma basocelular esclerodermiforme en el dorso nasal, diagnosticado mediante biopsia. Se realiza cirugía de Mohs consiguiendo bordes libres tras el primer pase. El defecto resultante mide 2 x 2 cm. Se cierra mediante un colgajo de rotación tipo centollo modificado. Los resultados estéticos y funcionales en ambos pacientes son satisfactorios.

Discusión. El colgajo centollo es un colgajo de doble transposición que se comporta como una doble Z-plastia a cada lado del triángulo equilátero que engloba el defecto, permitiendo el cierre central con una cicatriz final en “W”. Cada colgajo lateral está diseñado con un ángulo de 60° facilitando el cierre del defecto. Este colgajo mantiene una buena perfusión tras la sutura y genera mínima tensión en los bordes pudiéndose utilizar en zonas anatómicas con alta tensión. Asimismo, es una buena elección para defectos del dorso nasal ya que no genera el “efecto trampilla” producido por los col-

gajos lobulados obteniendo resultados estéticos buenos. En los casos presentados hemos realizado variaciones de este colgajo siguiendo las líneas naturales de la piel para conseguir buenos resultados estéticos. Por un lado, se trata de un colgajo de doble rotación en lugar de doble transposición, por lo que se comporta como una doble hacha a cada lado del defecto. Por otra parte, el ángulo con el que está diseñado cada colgajo lateral en estos casos es mayor que en el diseño original, en torno a 80-90°, además en un caso este colgajo se diseñó desde la mitad del defecto como en el diseño original, mientras que en el otro caso se diseñó desde el polo inferior. El colgajo centollo es una buena opción reconstructiva para defectos quirúrgicos en dorso y pared lateral nasal, aunque en ocasiones, como en estos casos, requiere ciertas modificaciones para obtener mejores resultados estéticos.

P5. CIRUGÍA DE MOHS EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE UNIDAD UNGUEAL: NUESTRA EXPERIENCIA

P. Bodas Gallego^a, V. Onecha Vallejo^a, C. Abaira Meriel^b, M. Criado Otero^a, M. Navedo de las Heras^a, M. A. González Morán^c, A. de la Hera Magallanes^c y E. Samaniego González^a

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Asistencial Universitario de León. León. ^bHospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente de la unidad ungueal, aunque su incidencia es baja (0,028%). La cirugía se considera el tratamiento de elección. El objetivo de este estudio es determinar los resultados de la cirugía de Mohs en el carcinoma epidermoide de unidad ungueal (CEUN).

Métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de CEUN invasivo tratados mediante cirugía de Mohs entre enero de 2004 y junio de 2024, habiéndose descartado previamente la afectación ósea mediante la realización de una prueba de imagen. Se han revisado las historias clínicas, recogiendo variables clínicas y demográficas. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS.

Resultados. En este periodo se han intervenido un total de 9 CEUN mediante cirugía de Mohs, siendo la mediana de edad 58 años (rango 30-89), de los cuales 8 fueron varones (88,9%) y 1 mujer (11,1%). Solamente 1 tumor (11,1%) afectó a los dedos del pie. La mediana de tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 24 meses (rango 6-120). En 4 pacientes (44,4%) se llevó a cabo amputación por afectación clínica o histológica del periostio durante la cirugía de Mohs. De los casos restantes la mediana de estadios fue de 1 (rango 1-3), realizándose en 2/5 casos cierre por 2ª intención, en 2/5 casos mediante un injerto cutáneo y en 1 caso mediante un colgajo. Tras una mediana de seguimiento de 60 meses (rango 6-144), no se ha detectado ninguna recurrencia local, regional ni a distancia.

Conclusiones. La cirugía de Mohs en el CEUN es una técnica quirúrgica compleja debido a las características anatómicas de la unidad ungueal. No obstante, permite conservar la funcionalidad y ofrece buenos resultados, no detectándose en nuestra serie ninguna recurrencia durante el tiempo de seguimiento.

P6. UTILIZACIÓN DE VARIANTE DEL COLGAJO DE AVANCE-ROTACIÓN DE DORSO NASAL DE RIEGER PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO GRANDE EN ZONA PREALAR-PUNTA NASAL

M.L. Alonso Pacheco, R. Escudero Tornero, T.G. Sobral Costas, R. Cruz-Conde de Boom, R. Gil Redondo y M. Mayor Arenal

Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

El colgajo dorsal nasal de Rieger constituye una opción reconstructiva en un solo tiempo, electiva para defectos de tamaño mediano

(< 2 cm) localizados en mitad distal de la pirámide nasal. Recientemente, Antoñanzas y sus colaboradores han descrito una variante, para defectos de mayor tamaño. Consiste en la adición de un pequeño lóbulo inferior de trasposición al colgajo de avance-rotación miocutáneo clásico, con tejido de la pared lateral nasal o del surco nasogeniano. Presentamos los resultados de la utilización de esta variante en una mujer de 83 años, con un carcinoma basocelular infiltrativo que interesó a punta y zona prealar nasal izquierda, tras cirugía de Mohs. Diseño y ejecución del colgajo: ante un defecto en mitad distal de la pirámide nasal (dorso y/o punta) de tamaño medio a grande (20-35 mm): 1. rotular el arco de rotación del colgajo desde la zona glabellar, a lo largo del surco nasogeniano o de la pared lateral nasal, con un ancho en su base de la mitad o 2/3 de la anchura del defecto. Añadir una lengüeta digitiforme para la transposición, de 10-15 mm de altura, desde la tangente al borde superior del defecto, y con un ángulo de $\leq 45^\circ$ respecto al borde lateral del mismo. 2. Despegar y ejecutar el avance-rotación longitudinal, junto con la transposición de la lengüeta. 3. Proceder a suturar, con una V-Y en la zona glabellar. Otras opciones reconstructivas, como los colgajos de transposición frontal paramediano o el bilobulado, presentan una técnica más compleja, mayor número y más visibles líneas de sutura, así como un incremento del riesgo de abultamiento o de asimetrías postquirúrgicas. Además, el colgajo frontal paramediano requiere dos tiempos quirúrgicos y el bilobulado no es aplicable en general a defectos con diámetro mayor superior a 1,5 cm. Las ventajas del colgajo presentado son su fácil diseño y ejecución, la buena adecuación en textura y color al área del defecto, su seguro pedículo vascular, así como el menor riesgo de distorsión o de asimetrías en el ala o en las válvulas nasales. En nuestro caso demoramos la reconstrucción por agotamiento del tiempo el día de la intervención y problemas logísticos en los días sucesivos. El uso de un apósito biosintético redujo el tamaño y la profundidad del defecto, por lo que no utilizamos la sutura en cuerdas de guitarra, como en la descripción original de Antoñanzas y colaboradores.

P7. QUIEN NO OPERA, NO REPARA

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

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

Introducción. La cirugía dermatológica ha avanzado significativamente, permitiendo procedimientos más complejos, pero también aumentando el riesgo de complicaciones quirúrgicas (CQ). Conocer el manejo adecuado de estas CQ es crucial.

Casos clínicos. Presentamos seis casos complejos con CQ. El primero, una necrosis de injerto en el cuero cabelludo, y el segundo, una imposibilidad de cierre directo en dorso de mano izquierda con exposición de músculo y tendones, que se resolvieron con cera de hueso. En los tres casos siguientes, todos en la zona nasal, se describen: un colgajo paramedianofrontal con signos de isquemia intraoperatoria tratado con sildenafil; la necrosis de un colgajo en isla tiburón, solucionada con un colgajo melolabial interpolado; y una cirugía de Mohs con resección parcial de cartilago nasal, recomendándose un dilatador nasal para prevenir colapso. Finalmente, un paciente en tratamiento con ibrutinib presentó un sangrado postoperatorio que no respondió a hemoderivados, controlado con ancha fibrin 1 g/8 h durante 7 días y suspensión temporal del fármaco. Todos los casos tuvieron una evolución favorable.

Discusión. Las CQ pueden surgir por eventos inesperados. Una adecuada historia clínica y planificación preoperatoria permiten identificar riesgos. Durante la cirugía, la planificación quirúrgica y su ejecución son clave, al igual que un seguimiento postoperatorio, muchas veces poco mencionado en la literatura. En cuanto a las CQ

expuestas hay que destacar que la cera de hueso favorece la granulación en heridas con exposición ósea o tendinosa, facilitando el cierre por segunda intención o preparando el lecho para un nuevo injerto. En casos de isquemia en colgajos nasales, el sildenafil 50 mg/día previene la necrosis, y los colgajos melolabiales interpolados son una solución para colgajos necrosados. El uso de dilatadores nasales tras resección cartilaginosa puede evitar el colapso nasal. En hemorragias incontrolables, revisar la medicación es esencial, ya que fármacos como el ibrutinib pueden aumentar el riesgo de sangrado. Amchafibrin es útil hasta que el fármaco se suspende.

Conclusión. Presentamos una serie de CQ y las soluciones implementadas, con resultados estéticos y funcionales satisfactorios. Un dermatólogo debe estar preparado para manejar las complicaciones que puedan surgir.

P8. COLGAJO EN BISAGRA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO NASAL DE ESPESOR TOTAL

C. Silvente San Nicasio, S. Galiano Mejias, D. Velázquez Tarjuelo, E. Conde Montero, R. Carrascosa de Lome, A. Simón Gozalbo y P. de La Cueva Dobao

Dermatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción. Los defectos de espesor total en la nariz representan un desafío reconstructivo para los cirujanos dermatólogos. Si no se repara la mucosa nasal extirpada puede resultar en la contracción secundaria del colgajo o injerto, la distorsión nasal y la obstrucción del flujo de aire. El colgajo en bisagra es una alternativa fácil con buenos resultados funcionales y estéticos.

Caso clínico. Se interviene mediante cirugía de Mohs un carcinoma basocelular infiltrativo recidivado en vertiente nasal derecha a un varón de 73 años. Tras dos pases se obtiene un defecto de 12 mm de diámetro afectando al espesor total de la pared nasal. Para el cierre se realiza un colgajo en bisagra de la zona superior para reconstruir la mucosa y un colgajo de avance del dorso-punta nasal para recubrir el defecto. Se mantuvo una esponja para taponamiento nasal durante 10 días. El resultado final fue cosméticamente satisfactorio sin presentar colapso nasal.

Discusión. Para la realización del colgajo en bisagra se diseña un triángulo con base en la zona superior al defecto. Se incide profundamente y se diseña en el tejido subcutáneo teniendo cuidado de dejar un área aproximada de unos 3 mm sin despegar en la base del triángulo para asegurar el flujo sanguíneo. El colgajo es rotado sobre esta base de manera que la epidermis reemplaza la mucosa extirpada. El ápex del triángulo se extirpa para recrear la forma redonda del defecto inicial. Finalmente, se puede cubrir el defecto con un colgajo, como un paramediano frontal o uno transposición, o de avance como hemos presentado, o mediante un injerto libre de piel total.

P9. SUPERVIVENCIA POSTQUIRÚRGICA A CINCO AÑOS EN PACIENTES MAYORES DE NOVENTA AÑOS INTERVENIDOS EN DERMATOLOGÍA

S. Corral Pavanelo, J. Alonso Suárez Pérez, R. Castillo Muñoz, P. Luque Varela, N. López Navarro y E. Herrera Acosta

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

En el año 2001, la población mayor de 85 años representaba un 1,7% del total de la población española. Este porcentaje ha ido incrementándose, signo directo del envejecimiento progresivo de la población, hasta alcanzar el 3% en el año 2023. Este fenómeno es claramente manifiesto en la edad media de los pacientes en Dermatología, atendiendo a una población cada vez mayor. En este estudio, llevamos a cabo un análisis retrospectivo de la supervivencia

postquirúrgica a cinco años en pacientes mayores de noventa años intervenidos por Dermatología. En el año 2018, de un total de 2200 intervenciones, 52 (2,36%) pacientes tenían una edad mayor de 90 años en el momento de la cirugía. Este porcentaje se ha mantenido estable a lo largo de los años, pese al crecimiento del número de cirugías realizadas, de tal forma que en los sucesivos años ha representado el 1,7% en 2019, 2,61% en 2020, 2,35% en 2021, 2,48% en 2022 y 2,32% en 2023.

Del total de 52 pacientes mayores de noventa años intervenidos en el 2018, 40 (76,9%) pacientes fallecieron durante los cinco años posteriores a la intervención quirúrgica, con una supervivencia media tras la misma de 23,95 meses (DE 16,43). Tan solo 12 pacientes (23,1%) siguen vivos tras cinco años. Todos los pacientes fueron intervenidos por una lesión tumoral cutánea (50% carcinoma basocelular, 48,08% carcinoma escamoso, 1,92% melanoma), aunque tan solo uno de ellos falleció a causa de la misma. Por tanto, ante un paciente mayor de noventa años con cáncer de piel, sería necesario tener en cuenta la baja supervivencia postquirúrgica de los mismos por causas ajenas al proceso tumoral. No obstante, en la toma de una decisión terapéutica, es fundamental considerar otros factores además de la edad, así como el estado general, el grado de independencia, las comorbilidades o la existencia de tratamientos alternativos para casos de cáncer cutáneo avanzado que han demostrado su eficacia y seguridad en pacientes ancianos, como el Sonidegib en carcinoma basocelular o el recién aprobado Cemiplimab para carcinoma escamoso. A este respecto, el uso de escalas validadas como ECOG o G8 pueden ayudarnos a valorar la calidad de vida basal del paciente y discernir quiénes precisarán una valoración geriátrica más exhaustiva previa a la toma de una decisión.

P10. COBERTURA DE DEFECTO EN CARA ANTERIOR DE MUSLO CON COLGAJO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO TIPO KEYSTONE

M. Rodríguez Troncoso, M. Zulaika Lloret, C. Llamas Segura, M. Cebolla Verdugo, F. M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. El colgajo de Keystone es un colgajo fasciocutáneo en isla descrito en 2003. Su vascularización proviene de arteriolas perforantes musculares y se utiliza en dermatología para cubrir defectos grandes en zonas de alta tensión, como miembros inferiores y tronco.

Métodos. Presentamos el caso de un hombre de 45 años con melanoma nodular IIIC en la cara anterior del muslo derecho. Tras la extirpación-biopsia del tumor primario, se realizó un cierre directo, pero dada la tensión por el tamaño en superficie, presentó dehiscencia y sobreinfección de la herida. En la cirugía posterior de ampliación hasta 2 cm y biopsia selectiva de ganglio centinela, se realizó un cierre del defecto mediante un gran colgajo de pedículo subcutáneo tipo Keystone.

Resultados. El paciente evolucionó favorablemente con curas diarias, logrando la viabilidad completa del colgajo. Sin embargo, se observó una leve dehiscencia en el borde superolateral del colgajo y dificultades en la epitelización tras cuatro meses.

Conclusiones. El colgajo tipo Keystone es eficaz para cubrir defectos grandes y profundos en diversas áreas, incluidos miembros inferiores, tronco, cara, cuello y región anogenital. Ofrece buena cobertura con resultados estéticos y funcionales positivos. Aunque no tiene contraindicaciones absolutas, se deben considerar contraindicaciones relativas como enfermedad vascular arterial periférica e infecciones. Las posibles complicaciones incluyen infección, hematomas y necrosis. En el caso presentado, el uso del colgajo Keystone fue apropiado debido a la capacidad del colgajo para manejar un defecto considerable en una zona de alta tensión, mostrando buenos resultados a pesar de una leve dehiscencia y dificultades en la epitelización.

P11. USO DE MATRIZ BIOSINTÉTICA REABSORBIBLE (BTM) EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS AMPLIOS

J.P. Velasco Amador, Á. Prados Carmona, J. Molina Espinosa, P. Ezomo Guervilla, F.M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. El manejo de defectos quirúrgicos amplios y con lechos quirúrgicos profundos representa un desafío quirúrgico. La matriz biosintética reabsorbible (BTM) es una tecnología innovadora diseñada para facilitar la formación de tejido de granulación en lechos quirúrgicos complejos antes de la aplicación de un injerto de piel. Su estructura porosa permite la invasión celular y la angiogénesis, promoviendo una cobertura adecuada en defectos quirúrgicos difíciles y amplios.

Caso 1: mujer de 30 años con un defecto quirúrgico de 3 x 4 cm en el talón derecho, resultado de una resección tumoral. Debido a la ubicación anatómica y la falta de tejido adyacente disponible para colgajos, se optó por la utilización de BTM. La matriz permitió la formación de un lecho adecuado de tejido de granulación en un plazo de 3 semanas, tras lo cual se realizó la colocación de un injerto de piel. El resultado fue una cobertura completa con buena integración del injerto y funcionalidad restaurada del área afectada.

Caso 2: hombre de 64 años con un extenso defecto subescapular resultante de la extirpación de melanoma. El defecto, de más de 10 x 12 cm, presentaba un lecho profundo con exposición de estructuras subyacentes. Se aplicó BTM para promover la granulación y cubrir las estructuras expuestas. Después de 4 semanas, se logró un lecho con tejido de granulación adecuado, permitiendo la colocación exitosa de un injerto de piel. La cicatrización fue satisfactoria, con buena integración del injerto y sin complicaciones postoperatorias.

Discusión. El uso de BTM en defectos quirúrgicos complejos ha demostrado ser una opción eficaz para promover la formación de tejido de granulación en lechos profundos. En ambos casos, el BTM facilitó la creación de un ambiente propicio para la posterior cobertura con injerto de piel, mejorando la cicatrización.

P12. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS CON MATRIZ DÉRMICA DE COLÁGENO

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

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

Objetivos. El empleo de matrices dérmicas de colágeno se ha consolidado como una técnica eficaz para la regeneración dérmica y la preparación previa a injertos cutáneos. Esta técnica es útil en pacientes con tumores extensos localizados en áreas anatómicamente complejas o con necesidad de control oncológico riguroso. Presentamos una serie de casos en los que la matriz dérmica de colágeno fue utilizada como tratamiento reconstructivo principal.

Métodos y resultados. Describimos 10 pacientes con diagnósticos previos de melanoma (6 casos), carcinoma epidermoide (3 casos) y neurofibroma plexiforme (1 caso). La localización del tumor en 7 de los 10 pacientes fue en las extremidades inferiores, con una concentración particular en el pie en 4 de estos casos. En 3 pacientes se realizó una técnica combinada de cierre con colgajo o aproximación directa y colocación de sustituto dérmico. A pesar de una profilaxis antibiótica adecuada, el 60% presentó infección leve con necesidad de instauración de antibioterapia sin impacto significativo en el tiempo de cicatrización, que fue de 6 meses.

Conclusiones. Las matrices de regeneración dérmica (MRD) en la reconstrucción de defectos de piel han demostrado ser una alterna-

tiva eficaz a los injertos. Son especialmente útiles en pacientes de edad avanzada con condiciones médicas complejas. Además son útiles en localizaciones como miembros inferiores con mala vascularización, defectos del pie donde reducen el dolor plantar y la aparición de úlceras recurrentes o zona craneofacial con exposición ósea o previamente radiada. En el contexto oncológico, su empleo facilita un adecuado seguimiento y control de recidivas. A pesar de un mayor tiempo de cicatrización con respecto a cirugías combinadas en 2 tiempos de MRD e injerto, los resultados funcionales y estéticos con el uso aislado de MRD son equiparables. Pueden minimizar la necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales y sus riesgos asociados. Esto se traduce en una significativa mejora en la calidad de vida del paciente y en una optimización de los recursos médicos.

P13. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS COMO ALTERNATIVA A VISMODEGIB EN PACIENTE CON CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO Y MAL DELIMITADO EN SIEN

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

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Introducción. Presentamos un caso de carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado y mal delimitado extirpado mediante cirugía micrográfica de Mohs (CMM) tras ser descartado por cirugía plástica para exéresis.

Caso. Varón de 60 años derivado a consultas de cirugía plástica por lesión en sien izquierda de meses de evolución. Bajo la sospecha clínica de (CBC) es desestimado y derivado al servicio de dermatología para inicio de Vismodegib. A la exploración en consultas externas de dermatología se objetiva placa en sien izquierda de más de 3 cm infiltrada, no adherida a plano profundo, bien delimitada con compromiso de sien, región ciliar y palpebral izquierda compatible con (CBC) confirmado mediante biopsia. Tras alcanzar el diagnóstico y descartadas condiciones médicas que contraindiquen la cirugía, se ofrece exéresis mediante (CMM) la cual se lleva a cabo obteniendo el primer pase bordes afectados en cuadrantes II y VI en bordes posterior y anterior siendo el segundo pase bordes libres. Tras la confirmación anatomopatológica, se cierra mediante plastia de avance geniano con ágrafes, sutura de polipropileno 4/0 y seda 4/0. A los 3 días realizamos primera cura encontrándose la plastia en buen estado sin signos de complicación. El paciente continúa con curas diarias en domicilio hasta el día 21 que se retiran puntos y ágrafes con buen resultado clínico y estético.

Discusión. El (CBC) es el tipo de cáncer de piel más común, y su manejo depende de la localización, el tamaño, la profundidad y las características histológicas del tumor. En el caso de un CBC localmente avanzado y mal delimitado en una zona compleja como la sien, tanto la (CMM) como el tratamiento con Vismodegib son opciones válidas. La (CMM) es generalmente de elección debido a su capacidad de preservar tejido sano y su eficacia en lesiones mal delimitadas ya que permite una evaluación exhaustiva de los márgenes tumorales durante la cirugía. Además presenta alta tasa de curación en más del 99%. Vismodegib puede ser una opción viable en pacientes con contraindicaciones para la cirugía o tumores inoperables, aunque su uso está asociado con efectos secundarios y menos previsibilidad de curación. Además tiene alto costo y debe usarse durante períodos prolongados.

Conclusión. La elección entre la (CMM) y el tratamiento con Vismodegib depende de múltiples factores por lo que debe individualizarse.

P14. COLGAJO SPEAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE ALA NASAL

C. Mochón Jiménez, M.J. Cencerrado, D. Díaz Ceca, I. Rivera Ruiz, I. Valenzuela Salas y M. Galán Gutiérrez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La reconstrucción de defectos de espesor total del ala nasal es un reto debido a la importancia funcional y estética de esta subunidad anatómica; su reparación requiere recrear el revestimiento nasal interno, reforzar la pared para evitar el colapso del ala nasal y reconstruir el perfil alar externo. Aunque que hay una amplia variedad de técnicas reconstructivas disponibles, no hay ninguna que sea de elección.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 85 años con un carcinoma basocelular infiltrante en el ala nasal izquierda. Se realizó una cirugía de Mohs, en la que tras dos pases, se obtuvieron márgenes libres de tumor. Sin embargo, el defecto resultante incluyó pérdida de espesor total del ala nasal que involucraba al borde alar, con una porción de mucosa expuesta. Considerando la complejidad del defecto, la habilidad del cirujano y el deseo de realizar una reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico, se optó por un colgajo de Spear o colgajo nasolabial en bisagra (modificación del colgajo de Pers).

Discusión. El colgajo de Spear se ha consolidado como una opción eficaz para la reconstrucción de defectos en el ala nasal, dado que proporciona cobertura de espesor total, preservando tanto la función como la estética nasal. Entre las ventajas de este colgajo se encuentran la posibilidad de realizarlo en un solo tiempo quirúrgico, gran viabilidad del colgajo dada la excelente vascularización de la zona donante procedente principalmente de ramas de la arteria facial y la innecesaria incorporación de injerto cartilaginoso para asegurar un soporte alar que evite el colapso del ala nasal.

Conclusiones. El colgajo de Spear es una excelente opción para la reconstrucción del ala nasal en defectos complejos y transmurales de ala nasal. Esta técnica permite reconstrucciones en un solo tiempo ofreciendo resultados estéticos y funcionales óptimos.

P15. DESAFÍOS EN CIRUGÍA: RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA DE DEFECTOS EN PÁRPADO INFERIOR Y NARIZ MEDIANTE COLGAJO DE AVANCE DE MEJILLA

M. Zulaika Lloret^a, M. Cebolla Verdugo^a, C. Llamas Segura^a, F.M. Almazán Fernández^a, J.J. Vega Castillo^b y R. Ruiz Villaverde^a

Dermatología. ^aHospital Universitario Clínico San Cecilio.

^bHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo más frecuente, afectando sobre todo a zonas fotoexpuestas, como la mejilla en este caso. Es agresivo localmente, siendo las metástasis excepcionales. El carcinoma epidermoide es el segundo tumor en frecuencia, por detrás del carcinoma basocelular, en afectar al párpado inferior. El tratamiento de elección en estos casos es la exéresis con márgenes libres del tumor.

Caso clínico. Mujer de 95 años que acude a consulta por dos lesiones tumorales de meses de evolución. A la exploración física, se observó un tumor que ocupaba más de la mitad del párpado inferior del ojo derecho de rápido crecimiento, clínicamente compatible con carcinoma epidermoide. Presentaba un segundo tumor de 2,5 x 2 cm en la zona paranasal derecha, cuyas características eran compatibles con un carcinoma basocelular. Se decidió presentar el caso en comité multidisciplinar de tumores cutáneos para valorar el tratamiento más adecuado dada la edad y la fragilidad de la paciente. Se concluyó que la mejor alternativa era la cirugía. Se realizó exéresis de ambas lesiones bajo anestesia general, con cobertura del

defecto mediante colgajo de avance lateral. Se obtuvo un buen resultado estético y funcional.

Discusión y conclusiones. En los colgajos de avance se genera un movimiento unidireccional para cubrir un defecto. Tienen un patrón de vascularización aleatorio. Es fundamental que el tejido tenga una laxitud adecuada, ya que una tensión excesiva del colgajo limitará el riego sanguíneo de la punta, aumentando el riesgo de isquemia y necrosis. En la mejilla son una buena opción de reconstrucción para defectos de moderados a grandes, ya que la gran reserva de tejido de esta unidad cosmética permite realizar colgajos de avance con relativa facilidad. Los colgajos de avance deben utilizarse con criterio en zonas próximas a bordes libres para que la tensión creada no produzca distorsiones como el ectropión o eclabión. La realización de suturas de fijación que unan la dermis del colgajo al periostio ayuda a disminuir la tensión excesiva y a estabilizar el colgajo, reduciendo este riesgo. La gran laxitud de la piel de la paciente permitió cubrir el defecto secundario a la extirpación de ambos tumores con un solo colgajo de avance lateral. Mediante la fijación del colgajo al hueso malar y la órbita se consiguió evitar el ectropión.

P16. CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA: ABORDAJE EN PÁRPADO SUPERIOR

L. García Almazán, C. Campoy Carreño, M. Torrent García, A.J. Castillo Botero, J. M. Sánchez Sánchez, F. Alarcón Soldevilla, T. Amanda Hernández Gómez y F.J. de León Marrero

Dermatología. C.H. Universitario Santa María del Rosell. Santa Lucía. Cartagena. Murcia. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide es el segundo tumor de piel más frecuente y el responsable de al menos el 20 % de las muertes asociadas al cáncer cutáneo. Clínicamente, suele presentarse como un único nódulo rosado y queratósico en zonas fotoexpuestas. El objetivo principal de nuestro caso es evaluar la eficacia de la infiltración intralesional de metotrexato en la reducción del tamaño prequirúrgico de la lesión y del correspondiente resultado quirúrgico resultante de la intervención.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente de 68 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a nuestra consulta por una lesión en el párpado superior derecho la cual llegaba a dificultarle la apertura ocular. A la exploración física, se trataba de un nódulo rosado bien delimitado que presentaba un centro hiperqueratósico. Se decidió realizar una biopsia incisional que fue informada de carcinoma de células escamosas. Debido a la localización comprometida de la lesión, se procedió a realizar 3 sesiones de infiltración con metotrexato separadas por 10 días disminuyendo el tamaño tumoral de forma significativa. Posteriormente, se abordó la lesión residual mediante el diseño de un colgajo de doble transposición de la región frontal, con muy buen resultado funcional y estético.

Resultados. Desde nuestra experiencia, el metotrexato intralesional como terapia neoadyuvante es una medida bien tolerada y efectiva para tumores de grandes dimensiones o que se encuentren en zonas anatómicas complicadas desde el punto de vista quirúrgico. Tras la primera infiltración con este fármaco, la lesión experimentó una importante disminución, facilitando de esta manera su posterior abordaje quirúrgico. Durante el seguimiento, no se han documentado nuevas recidivas ni a nivel local ni a distancia y el paciente está muy satisfecho con el resultado final.

Conclusión. Una única dosis intralesional de metotrexato es capaz de reducir el tamaño tumoral previo a cirugía, de forma que disminuye también el tamaño del defecto quirúrgico resultante, necesitando una cirugía menos agresiva, con reconstrucciones menos complejas, menor morbilidad para el paciente así como resultados funcionales y estéticos superiores.

P17. DOS SOLUCIONES EFICIENTES PARA CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN POSTQUIRÚRGICO

J. Román Gómez, M. Castillo Landete, D. López Martínez, J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, F.J. Martínez Ortega, P. Sánchez Balsalobre, A. López Mateos, E. García Martínez y M. Lova Navarro

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

El ectropión es una complicación posquirúrgica frecuente en el tratamiento de tumores cutáneos del área infraorbitaria y mejilla. Existen numerosas técnicas correctoras de esta secuela que consisten en aportar volumen a la zona, normalmente mediante colgajos o injertos, o corregir la tensión vertical u horizontal excesiva sobre el párpado mediante la técnica de la Z-plastia. Presentamos dos casos clínicos, el primero el caso de un varón de 80 años, operado de un carcinoma espinocelular con infiltración perineural en la mejilla izquierda, con dos recidivas posteriores que se extirparon con márgenes quirúrgicos libres. El paciente había desarrollado un ectropión secundario a estas cirugías, con epífora y molestias asociadas. Debido al alto riesgo de recidiva y a la necesidad de tratamiento adyuvante con radioterapia, se decidió corregir el ectropión mediante un injerto de piel total palpebral inferior izquierdo, tomando como zona donante la región preauricular ipsilateral, con buen resultado funcional y estético inmediato y durante el seguimiento. El segundo caso es el de una mujer de 76 años con un lentigo maligno en mejilla izquierda que se extirpó con márgenes libres pero presentó recidiva a los tres años. Tras la nueva exéresis la paciente presentó un ectropión postquirúrgico. Para corregirlo con una intervención mínimamente invasiva por deseo de la paciente se realizó una z-plastia correctora con corrección parcial y resultado satisfactorio para la paciente, con seguimiento y buena evolución dos años después. El injerto de piel total es una buena opción para la corrección del ectropión, con la ventaja de no distorsionar la arquitectura de la piel peritumoral, permitiendo un mejor seguimiento de posibles recidivas. Tanto el injerto de piel total como la z-plastia son intervenciones sencillas, con escasa complejidad técnica y requerimiento de un menor tiempo quirúrgico que los colgajos, siendo por tanto dos alternativas eficientes en este tipo de pacientes añosos.

P18. RECONSTRUCCIÓN DE GRAN DEFECTO EN VÉRTEX CON LA REGLA "1-2-3"

C. Campoy Carreño, L. García Almazán, M. Torrent García, A.J. Castillo Botero, J. M. Sánchez Sánchez, T.A. Hernández Gómez, F.J. Allegue Gallego y F.J. de León Marrero

Dermatología. C.H. Universitario Santa María del Rosell. Santa Lucía. Cartagena. Murcia. España.

Métodos. Presentación de un caso de reconstrucción de defecto de 5,5 cm de diámetro mayor en vértex con la regla "1-2-3".

Resultados. La reconstrucción de defectos de mediano y gran tamaño en cuero cabelludo es compleja debido a la poca distensibilidad del área anatómica. Esto condiciona que en muchas ocasiones se recurra a injertos de piel, con unos resultados estéticos poco deseables al tratarse de una zona pilosa.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años con una lesión en cuero cabelludo compatible con carcinoma basocelular. La lesión era de más de 5 cm de diámetro mayor, por lo que inicialmente se planteó realizar un injerto tras su exéresis. Tras valorar las secuelas estéticas de este procedimiento se valoró la posibilidad de aplicar la regla del "1-2-3" del Dr. Russo para defectos de entre 3 y 4 cm con tres incisiones de descarga. Nos planteamos esta alternativa al estar el defecto localizado en vértex y existir mayor desplazamiento que en otras localizaciones del cuero cabelludo. Se diseñaron tres incisiones de descarga a unos 2,5 cm del defecto. Se intentó realizar el cierre directo de las descargas con una sutura tipo mer-

cedes, siendo demasiada la tensión. Finalmente se procedió a descascar las tres áreas para realizar un triple colgajo de trasposición.

Conclusión. Aunque la regla del "1-2-3" se ha descrito para reconstrucción de defectos en cuero cabelludo de hasta 4 cm, puede aplicarse para defecto de hasta 5 cm en vértex, dada la movilidad del tejido de dicha área. Esta es una técnica que nos permite estructurar los cierres del cuero cabelludo en función de su tamaño y además consigue unos buenos resultados estéticos, preservando la continuidad del área pilosa.

P19. ¿CUÁL ES LA VISIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DERMATOLÓGICA AMBULATORIA? ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Antecedentes y objetivos. Debido al aumento de prevalencia de la patología tumoral cutánea, tanto benigna como maligna, el número de intervenciones mediante cirugía ambulatoria es cada vez mayor. A pesar de que la información que reciben los pacientes en consulta es similar, algunos presentan una idea distorsionada del procedimiento al que se van a someter. Por ello, el principal objetivo de este estudio es evaluar la percepción de enfermedad y de la intervención quirúrgica de estos pacientes, los potenciales factores que pueden influir en ella y en qué medida la información recibida en consulta se corresponde con la realidad.

Material y métodos. Se realizó un estudio unicéntrico observacional descriptivo basado en la realización de encuestas que incluyó a 302 pacientes intervenidos de patología tumoral cutánea.

Resultados. Se encontraron diferencias al evaluar la percepción de enfermedad en función de la naturaleza de la lesión y de la presencia o no de antecedentes quirúrgicos. Asimismo, la percepción de los pacientes fue diferente en función de la técnica quirúrgica empleada, el tiempo transcurrido hasta la cirugía y el número de dermatólogos implicados en el proceso. A pesar de las diferencias encontradas, la gran mayoría de los pacientes refirió que la información recibida en consulta describía correctamente la cirugía a la que se habían sometido.

Conclusiones. La percepción de la cirugía dermatológica por parte de los pacientes se fundamenta no solo en la información recibida sino también en sus propias expectativas. Además, existen diversos factores que pueden influir y justificar las diferencias observadas entre pacientes, y que deben ser identificados y considerados para optimizar la información proporcionada en consulta y la calidad de la asistencia prestada.

P20. RECONSTRUCCIÓN DE LA PUNTA NASAL EN ONCOLOGÍA CUTÁNEA: UNA SERIE DE CASOS

R. Gutiérrez Meré, B. González Sículo, S. Martínez Fernández, M. Oro Ayude, C. Feal Cortizas y M.T. Abalde Pintos

Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. España.

La punta nasal es una localización habitual de tumores cutáneos, destacando en frecuencia el carcinoma basocelular (CBC). La reconstrucción del defecto postquirúrgico supone en muchas ocasiones un desafío, siendo además una subunidad anatómica con ciertas peculiaridades. Se trata de una superficie con una menor laxitud al estar firmemente adherida la piel y una mayor prominencia de glándulas sebáceas. Además, al ser una superficie convexa es muy importante evitar la distorsión de las narinas.

Presentamos 6 casos clínicos, 4 (66,67%) mujeres y 2 hombres (33,33%), con una media de edad de 67,8 y diagnóstico de CBC en la punta nasal, donde se plantean diferentes opciones reconstruc-

tivas (tamaño final del defecto): cierre directo (10 x 10 mm), colgajo bipedicular (10 x 10 mm), colgajo en hacha pan-nasal (20 x 20 mm), colgajo bipedicular V-Y (20 x 15 mm), colgajo nasogeniano de interpolación (22 x 17mm) e injerto de piel total (35 x 30 mm). La elección de la técnica reconstructiva, tras la exéresis completa del tumor, depende del tamaño del defecto y las estructuras afectas. Es importante conocer la anatomía quirúrgica de la punta nasal, buscando respetar las líneas de unión entre las distintas subunidades nasales. Para la reconstrucción de defectos de pequeño tamaño, la mejor alternativa es el cierre directo. En defectos medianos se pueden utilizar el colgajo bilobulado, en hacha vertical/pan-nasal, este-oeste, bipedicular V-Y, de Peng o el nasogeniano de interpolación. Reservaremos para grandes defectos el colgajo de interpolación frontal paramediano y el injerto de piel total, siempre y cuando se haya respetado el pericondrio. Este último es recomendable si no se puede asegurar aclaramiento tumoral. Es importante destacar que si bien el principal objetivo de la cirugía oncológica es conseguir un aclaramiento histológico total del tumor, al tratarse la punta nasal de un área anatómica situada en el centro de la cara, las implicaciones estéticas adquieren una mayor relevancia, suponiendo un reto para el dermatólogo.

P21. RECONSTRUCCIÓN DE MELANOMA PLANTAR MEDIANTE COLGAJO EN CONO

C. Ureña Paniego, J.Á. Rodríguez Pozo, D. Muñoz Barba, A. Martínez López y J. Tercedor Sánchez

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

El melanoma plantar presenta un reto importante en su manejo quirúrgico debido a la necesidad de márgenes amplios y a las características anatómicas de la planta del pie. La resección quirúrgica de estos tumores suele requerir de márgenes amplios, lo que genera defectos significativos en áreas de apoyo continuo como el talón o la planta del pie. Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años diagnosticado con melanoma plantar derecho, quien fue sometido a ampliación de márgenes y biopsia del ganglio centinela inguinal con resultado negativo. La reconstrucción del defecto se realizó mediante un colgajo fasciocutáneo en cono, técnica que combina un colgajo de rotación con avance en V-Y. El paciente fue dado de alta el mismo día de la intervención quirúrgica sin complicaciones. Durante el seguimiento, se observó buena cicatrización y ausencia de necrosis en el colgajo. Esta técnica ofrece una cobertura adecuada del defecto quirúrgico en áreas plantares, garantizando tanto la funcionalidad como la estética de la extremidad. Se destaca como una opción reproducible y segura, especialmente en casos de melanoma plantar, donde la vascularización y la presión constante sobre el área intervenida son factores determinantes para el éxito del procedimiento. Este abordaje quirúrgico es una alternativa eficiente para la reconstrucción de defectos complejos tras la resección de melanomas plantares.

P22. UTILIDAD DE LA LUZ DE WOOD EN LA DELIMITACIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN EL CARCINOMA BASOCELULAR

I. Muelas Rives^a, B. Clemente Hernández^a, P. Gil Pallares^b, A. Navarro Bielsa^a, J. M. Suárez Peñaranda^c e Y. Gilaberte Calzada^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bUniversidad de Santiago de Compostela. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

La luz de Wood (LW) ha mostrado su utilidad para la delimitación de los márgenes quirúrgicos en casos de lentigo maligno (LM) mal delimi-

tados o con ausencia de pigmentación clínica evidente en ciertas áreas. Recientemente se ha descrito su utilidad en la delimitación de otros tipos de tumores cutáneos, los cuales presentan un tono más oscuro bajo la luz UV que la piel sana circundante, permitiendo una delimitación de los márgenes tumorales más precisa y disminuyendo el riesgo de recurrencias tras el tratamiento quirúrgico. La apariencia más oscura bajo la LW en los tumores pigmentados, como el LM, se ha relacionado con la mayor absorción de luz UV por la melanina presente en ellos. Sin embargo, en tumores no pigmentados, el tono más oscuro respecto a la piel sana se ha atribuido a que el tumor podría bloquear la penetración de la luz UV, reduciendo así la fluorescencia. Presentamos una pequeña serie de casos en los que se utilizó la luz de Wood para la delimitación de los márgenes quirúrgicos, mostrando áreas más oscuras que no eran visibles clínicamente ni tampoco usando dermatoscopia, consiguiendo márgenes de resección libres en todos ellos. La luz de Wood es una herramienta sencilla, accesible, rápida y económica que es útil en la planificación quirúrgica de determinados tumores cutáneos, especialmente en aquellos mal delimitados clínicamente o mediante dermatoscopia, y que podría ayudar a disminuir el riesgo de recurrencias tras el tratamiento quirúrgico.

P23. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE TERCIO MEDIAL DEL PÁRPADO SUPERIOR MEDIANTE COLGAJO DE ROTACIÓN

M.P. Cabeza de los Arcos, A. Romo Melgar, J.A. Oliva Fernández, S. Rodríguez Conde, J. Cañueto Álvarez, M.E. Cardeñoso Álvarez, M. Roncero Riesco y A. Romo Melgar

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. El párpado superior es una localización relativamente infrecuente de tumores cutáneos. A pesar de ello, dada su localización, suelen ser tumores de alto riesgo (de manera especialmente marcada en el tercio medial), por lo que el tratamiento de los mismos puede conllevar defectos de gran magnitud. Por ello, es importante para el dermatólogo estar familiarizado con diferentes opciones reconstructivas para esta localización.

Presentación de los casos. Presentamos dos casos de pacientes con defectos de tercio medial de párpado superior tras extirpación de tumores cutáneos que se reconstruyeron mediante colgajos de rotación tomados del propio párpado. Este colgajo se basa en el excedente de piel en el párpado superior que es habitual en personas de edad avanzada, que permite un cierre sin tensión. Las incisiones se camuflan en el borde inferior de la ceja, por lo que las cicatrices resultantes suelen ser satisfactorias.

Resultados. En ambos pacientes la evolución postoperatoria fue adecuada, sin complicaciones significativas y obteniendo un buen resultado estético y funcional.

Conclusión. El colgajo de rotación de párpado superior es una alternativa adecuada para la reconstrucción de defectos de su tercio medial, sencillo de realizar y que permite un buen resultado estético y funcional.

P24. TRATAMIENTO DE NÓDULOS ANGIOMATOIDES SOBRE MANCHA EN VINO DE OPORTO MEDIANTE REBANADO Y ELECTROCOAGULACIÓN

M. Castillo Landete, P. Sánchez Balsalobre, J. Román Gómez, D. López Martínez, F.J. Martínez Ortega, M. Segado Sánchez, J.J. Parra García, M. Lova Navarro y A. López Mateos

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

Introducción. La mancha en vino de Oporto (MVO) es una malformación vascular capilar muy frecuente en la infancia (1/300 recién nacidos). En la mayoría de los casos, aparece de forma aislada. Sin

embargo, puede asociar anomalías vasculares leptomeníngicas y oculares, dando lugar al síndrome de Sturge-Weber (SSW) “completo”. Actualmente el tratamiento de elección de la MVO es la terapia con láser.

Caso clínico. Varón de 75 años con MVO infraocular derecha desde el nacimiento que acudió a consulta por aparición de nódulos. A la exploración, el paciente presentaba múltiples nódulos de aspecto vascular suprayacentes a la MVO, con un tamaño de entre 2 y 0,5 cm, en la región infraocular derecha. El peso ejercido por los nódulos provocaba ectropión del párpado inferior derecho. Se realizó rebanado y electrocoagulación de los nódulos más grandes y directamente electrocoagulación en los nódulos más pequeños. Tras 2 meses desde la intervención, el paciente presenta buenos resultados con corrección del ectropión.

Discusión. Presentamos el caso de un paciente con nódulos angiomatoides sobre MVO tratado con rebanado y electrocoagulación, con buenos resultados estéticos y funcionales. Antiguamente, las MVO se trataban con técnicas destructivas como la electrocoagulación, la criocirugía o la escisión, dando lugar a menudo a cicatrices desfiguradoras. Con el concepto de fototermólisis selectiva y el desarrollo del láser de colorante pulsado (LCP) que se diseñó específicamente para tratar las MVO, se produjo un cambio de paradigma terapéutico. Actualmente, el LCP es el tratamiento de elección para la MVO facial. En general son necesarias entre 7-15 sesiones para conseguir el aclaramiento de las lesiones, y raramente se consigue una desaparición completa. La luz intensa pulsada, el láser de alejandrita, y el Nd:YAG también se han utilizado para el tratamiento de la MVO. En casos de lesiones hipertróficas como el de nuestro paciente, el láser de CO₂ y la utilización de múltiples pases de un láser o combinando varios láseres parecen opciones prometedoras. La terapia fotodinámica ha sido otro método utilizado en el tratamiento de las lesiones vasculares. Desde nuestra experiencia, el tratamiento con rebanado y electrocoagulación es una muy buena opción, que puede incluso corregir el ectropión que presentan muchos de estos pacientes.

P25. PLASTIA NASOFRONTAL TUNELIZADA VS. NO TUNELIZADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.J. Carrera Hernández, E. Remedios Martínez Lorenzo, J.J. Amorós Oliva, M. Cotarello Hernández, C. Romera de Blas, N. Aranda Sánchez, M.V. Signes-Costa Smith, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, P. Blázquez Pérez, J. Martínez Boix, P. Recalde Puig y C. Pérez Hortet

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. España.

Objetivo. Comparar los resultados clínicos y estéticos de la plastia nasofrontal tunelizada versus no tunelizada mediante el análisis de dos casos clínicos en cirugía dermatológica.

Métodos. Se presentan dos casos clínicos de pacientes que fueron intervenidos de cirugía de Mohs con posterior reconstrucción mediante una plastia nasofrontal, uno con técnica tunelizada y otro con técnica no tunelizada. Se evaluaron parámetros como la calidad del cierre, tiempo de cirugía, complicaciones, número de visitas posteriores hasta el cierre completo del defecto y resultados estéticos.

Resultados. En el primer caso, la plastia tunelizada ofreció un cierre estético superior, pero con mayor tiempo quirúrgico aunque sin complicaciones notables. En el segundo caso, la técnica no tunelizada mostró una recuperación adecuada, con un tiempo quirúrgico menor, aunque precisó de mayor seguimiento en consulta de curas. Ambos pacientes reportaron satisfacción con los resultados finales.

Conclusiones. La plastia nasofrontal tunelizada puede ofrecer ventajas estéticas y operativas sobre la técnica no tunelizada. Sin embargo, ambos métodos son efectivos y la elección puede depender de las características específicas del paciente y la preferencia del cirujano.

P26. EPIDEMIOLOGÍA Y EVALUACIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO INTERVENIDO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS

M.C. Sin i Soler, M. Yébenes Marsal, N. Riera Martí, A. Lara Moya y M. Sàbat Santandreu

Dermatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Antecedentes. La esperanza de vida ha ido en aumento, lo que lleva un mayor diagnóstico de neoplasias en individuos de edad avanzada, como se observa en el cáncer cutáneo. La cirugía es el tratamiento indicado en la mayoría de casos, pero podría estar limitada por las condiciones funcionales y comorbilidades de estos pacientes. El objetivo del estudio es evaluar la morbilidad y mortalidad derivada del abordaje quirúrgico en esta cohorte de pacientes.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, incluyendo pacientes mayores de 85 años sometidos a cirugía mayor ambulatoria de tumores cutáneos entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se analizaron datos epidemiológicos, quirúrgicos, características del tumor, número de visitas postquirúrgicas y éxitos.

Resultados. Se incluyeron 119 pacientes (51,2% hombres) con una mediana de edad de 88[86-91] años, de los cuales el 10,1% estaban institucionalizados. La mediana del tamaño tumoral fue de 1,5 cm, siendo la nariz (26%) y el cuero cabelludo (20,2%) las localizaciones más frecuentes. La histología predominante fue el carcinoma basocelular (55,4%). En el 65% se utilizaron técnicas de reconstrucción complejas para el cierre del defecto quirúrgico (injerto, colgajo o 2ª intención). En cuanto a comorbilidades secundarias a la cirugía, un 20,1% presentó complicaciones postquirúrgicas, siendo la infección la más común. La mediana de visitas para curas postquirúrgicas fue de 4[2-8,7], aumentando a 6[3-13,7] en los casos que requirieron técnicas quirúrgicas complejas. El 12,6% de los pacientes falleció por causas no relacionadas con el tumor, con una mediana de edad de 90 años. La supervivencia a un año fue del 88,2% y a 2 años del 86,9%.

Conclusiones. En nuestra cohorte, no se observó una disminución en la supervivencia global atribuible a la cirugía. Sin embargo, las cirugías en pacientes mayores generan una morbilidad añadida por el riesgo anestésico, las complicaciones postquirúrgicas y un mayor número de visitas postquirúrgicas, especialmente en casos de cirugías complejas. Con todo, consideramos que la cirugía es la opción más adecuada para lesiones fácilmente abordables quirúrgicamente. No obstante, en tumores grandes o en paciente con comorbilidades y limitaciones funcionales, es necesaria una valoración por un comité hospitalario y considerar opciones más conservadoras o paliativas.

Oncología

P27. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO FOTODINÁMICO Y LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA COMO TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y DE SEGUIMIENTO

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

Dermatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es un tumor cutáneo poco frecuente que afecta predominantemente el área genitoanal.

Los principales parámetros pronósticos de la EPEM son el grosor y la invasión de la dermis.

El diagnóstico se establece mediante el estudio histológico e inmunohistoquímico de una biopsia cutánea. Sin embargo, esta solo permite valorar una pequeña parte de la lesión y es una prueba invasiva. Por estos motivos, son necesarias otras pruebas complementarias para un mejor estudio. La ecografía de alta frecuencia es una prueba rápida, económica y no invasiva que permite la valoración de toda la lesión en su extensión, así como su vascularización y la posible afectación ganglionar. Por su parte, el uso de fotosensibilizantes y la posterior iluminación con luz de Wood (diagnóstico fotodinámico) ha sido descrito de utilidad para el marcaje de los tumores cutáneos, entre ellos la EPEM. Se presentan dos casos de EPEM intraepidérmica diagnosticadas mediante biopsia y estudio histológico.

El primer caso se trata de un varón con EPEM localizada en el escroto. La ecografía confirmó que la lesión era intraepidérmica en toda su extensión y se extirpó con los márgenes adecuados. El segundo caso se trata de una mujer con EPEM ubicada en al área perianal y se descartó la cirugía por mutilante. Se trató con múltiples sesiones de terapia fotodinámica utilizando diferentes sensibilizantes, seguido de imiquimod tópico durante 3 meses. La ecografía, junto con el diagnóstico fotodinámico, permitieron evaluar con gran precisión la respuesta a estos tratamientos.

Conclusiones. La ecografía de alta frecuencia y el diagnóstico fotodinámico aportan una mayor precisión en la delimitación de los límites, del grosor y del grado de infiltración de la EPEM en toda su extensión. El uso combinado de ambas pruebas resulta de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la EPEM.

P28. EXPERIENCIA CLÍNICA CON TIRBANIBULINA PARA EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS

F. Vélchez Márquez, A. Soto Moreno, D. Muñoz Barba, A. Martínez López, J.M. Latorre Fuentes y S. Arias Santiago

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

Antecedentes. El manejo de las queratosis actínicas múltiples supone un reto terapéutico que a menudo requiere de numerosos tratamientos secuenciales y/o combinados para poder controlar el campo de cancerización. Uno de los tratamientos de los que disponemos más recientemente es la tirbanibulina, aunque hay menos experiencia clínica que con otros productos más antiguos.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo a todos los pacientes que habían recibido tratamiento con tirbanibulina en nuestro servicio, excluyendo aquellos casos en los que se había producido pérdida de seguimiento. Se analizaron variables epidemiológicas (edad, género) y clínicas (localización de las lesiones, escala de Olsen, tratamientos previamente realizados, reacción local y respuesta al tratamiento). Las variables se agruparon en una tabla Excell 2011 para Macintosh y posteriormente se aplicó análisis estadístico mediante el programa JMP Pro.

Resultados. Se incluyó en el estudio a un total de 56 pacientes, 40 hombres y 16 mujeres, con una edad media de 73,63 ± 10,93 años. El 57% de los pacientes (n = 32) tenía las lesiones en cuero cabelludo, un 11% (n = 6) a nivel fronto-temporal, 3,5% (n = 2) en manos, 16% (n = 9) en mejillas, y un 12,5% (n = 7) a nivel nasal. El 87,5% (n = 49) correspondía a campos de cancerización con lesiones Olsen I y el 12,5% (n = 7) Olsen II. Un 32% de los pacientes (n = 18) había recibido más de un tratamiento previo para las queratosis actínicas. Únicamente un paciente desarrolló una reacción local intensa, presentado el resto reacciones leves o moderadas. La proporción de respondedores (parcial o completamente) fue del 85,7% (n = 48) con solo 8 pacientes que no respondieron al tratamiento. Los factores que se asociaron a respuesta clínica (parcial o completa) fueron la escala de Olsen (89,80% de respondedores Ol-

sen I frente a 57,14% de respondedores Olsen II, p = 0,04), y el número de tratamientos previos (94,74% de los pacientes con uno o ningún tratamiento previo respondieron, frente al 66,67% de los que habían recibido más de un tratamiento, p = 0,006).

Conclusiones. Tirbanibulina es una buena opción de tratamiento para queratosis actínicas y campo de cancerización a considerar como una alternativa más en el tratamiento secuencial o combinado, especialmente para lesiones Olsen I y aquellos pacientes que han recibido uno o ningún tratamiento previo.

P29. TIRBANIBULINA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

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

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

Las queratosis actínicas se manifiestan como lesiones eritematosas, que se palpan y que aparecen sobre áreas de piel con daño actínico crónico. La principal causa es la exposición solar crónica a la radiación solar y la prevalencia alcanza en nuestro país hasta un 30% a partir de los 45 años de edad. El diagnóstico y el tratamiento precoz es clave para evitar la progresión hacia una carcinoma epidermoide. El campo de cancerización es toda el área que rodea a las queratosis actínicas y que presenta el mismo perfil mutacional, pudiendo así mismo progresar también hacia el cáncer cutáneo. Los tratamientos disponibles para la queratosis actínica y el campo adyacente son diversos y actúan en diferentes puntos de la patogenia del cáncer. El principal factor limitante durante el tratamiento es la seguridad, siendo el motivo de suspensión más frecuente los efectos adversos locales e incluso sistémicos que algunos de estos tratamientos provocan. La tirbanibulina es el primer inhibidor de la polimerización de la tubulina, deteniendo el ciclo celular y provocando la muerte celular por apoptosis, induciendo poca inflamación local y, por lo tanto, mayor tolerabilidad. La eficacia en los 2 ensayos clínicos fase III, medida como aclaramiento completo de las lesiones al día 57, fue del 49%. Si nos fijamos en el aclaramiento parcial (> 75% de las lesiones), el resultado sería del 72%. Todo ello con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad.

Presentamos nuestra experiencia con tirbanibulina tópica en el tratamiento del campo de cancerización de 12 pacientes, todos los cuales habían ya recibido algún tratamiento previo. Se usó según ficha técnica, en cara o cuero cabelludo. El aclaramiento total fue del 41%, con un aclaramiento parcial del 75%, en consonancia con los estudios pivotaes. Ninguno de nuestros pacientes experimentó ningún efecto adverso relevante, más allá de leve enrojecimiento o picor. Creemos, por lo tanto, que la tirbanibulina tópica es un buen tratamiento en el manejo de las queratosis actínicas, con una pauta posológica cómoda, que asegura la adherencia del paciente, y con un perfil de tolerancia excelente. Además, al no ser fotosensibilizante, permite poderlo pautar en los meses de mayor exposición solar.

P30. CARCINOMA BASOESCAMOSO CON RECURRENCIA LOCAL Y METÁSTASIS PULMONAR TRATADO CON CIRUGÍA, RADIOTERAPIA, VISMODEGIB Y NIVOLUMAB

E. de Jesús García Verdú^a, P. Merlo Gómez^a, L. Martínez Alcalde^a, I. Polo Rodríguez^a, I.M. Medina Expósito^b y S. Medina Montalvo^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

El carcinoma basoescamoso (CBE) es una variante infrecuente del carcinoma basocelular (CBC) con áreas de diferenciación escamosa, y un crecimiento local agresivo y potencial metastásico.

Un varón de 71 años recibió cirugía y radioterapia en antebrazo izquierdo hace 4 años para el tratamiento de un CBC ulcerado de patrón adenoide e infiltrativo con áreas de diferenciación escamosa y datos histológicos de mal pronóstico, sin afectación ganglionar. Acudió por disestesias en codo y antebrazo ipsilaterales. A la exploración física, se observó en la cara interna del brazo izquierdo una retracción de la piel con aumento de partes blandas en la fosa antecubital. Se realizó una biopsia de la lesión subcutánea de 3 x 2 cm con infiltración muscular, con resultado compatible con infiltración por CBC con focos de queratinización. En el estudio de extensión se apreciaron focos de afectación tumoral en lóbulo pulmonar superior derecho que, tras lobectomía, mostraron al estudio anatómopatológico metástasis de CBC. Por la extensión de la lesión en miembro superior izquierdo y enfermedad metastásica, se inició vismodegib 150 mg/día. Un mes después, se extirpó la lesión subcutánea en antebrazo izquierdo con márgenes libres. Se suspendió por fallo primario (progresión ganglionar y pulmonar) tras 6 meses de tratamiento, sin reportar efectos adversos. Se inició nivolumab a dosis ajustada por peso quincenal. Tres meses después, desarrolló una diabetes mellitus que obligó a su interrupción durante un mes. Se objetivó respuesta parcial pulmonar y ganglionar tras 4 meses de tratamiento. El CBE metastásico (CBE_m) es un reto terapéutico para el que existen varias alternativas como cirugía, radioterapia, quimioterapia, inhibidores de la vía Hedgehog (IVH) y anticuerpos antiirreceptores de muerte celular programada. Sin embargo, dados los buenos resultados de eficacia y seguridad en CBC metastásico de vismodegib, parece razonable su uso como primera línea. Cemiplimab se ha empleado en el CBC localmente avanzado y metastásico refractario a IVH. Adicionalmente, se postula que el CBE sería el resultado de un proceso mutacional, con la vía Hedgehog como la primera implicada (CBC), con acúmulo de otras posteriores en ARL11A y la activación de la vía RAS/MAPK que conllevan su diferenciación escamosa. Presentamos un nuevo caso de CBE_m mostrando nuestra experiencia con vismodegib y nivoluma.

P31. TERAPIA FOTODINÁMICA COMO TERAPIA NEOADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA BASOCELULAR

L.M. Nieto Benito y P. Redondo Bellón

Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. La terapia fotodinámica (TFD) constituye una herramienta terapéutica dentro del enorme arsenal de tratamientos disponibles en dermatología. A pesar del auge que está experimentando en áreas como la dermatología inflamatoria o infecciosa, su principal papel terapéutico se centra en la dermatología oncológica. El tratamiento estándar del carcinoma basocelular es la cirugía; en el caso de la variante superficial, aunque el tratamiento de elección sigue siendo el quirúrgico, en localizaciones de bajo riesgo, pueden ser valoradas otras opciones como la TFD.

Métodos. Presentamos el caso de un varón de 81 años que consulta por la presencia de dos lesiones en cara posterior de tronco de años de evolución. Destaca la presencia de una placa-nódulo en región dorsal superior, compatible con un carcinoma basocelular nodular y una placa eritematosa, con pigmentación periférica y erosiones centrales, sugestiva de carcinoma basocelular superficial pigmentado. Tras la realización de una biopsia confirmatoria, se decidió tratar ambas lesiones con TFD previo a la realización de cirugía. Se empleó como fotosensibilizante 5-ácido aminolevulínico (5-ALA) al 7,8% en nanoemulsión; tras una incubación de 3 horas y comprobar su absorción mediante luz de Wood, se irradiaron ambas lesiones con una lámpara de luz roja no coherente de 630 nm (37 J/cm²) durante 9 minutos, con buena tolerancia.

Resultados. Tras la realización de 2 sesiones de TFD, separadas 3 semanas, se observó una reducción importante del componente tumoral de ambas lesiones. Por la persistencia del componente no-

dular de la primera lesión y de unas pequeñas pápulas en el borde inferior de la segunda lesión, se decidió completar el tratamiento de ambas mediante extirpación quirúrgica convencional, con la obtención de márgenes libres y sin recurrencia clínica ni dermatoscópica al año de la cirugía.

Conclusiones. La terapia fotodinámica puede ser empleada como un tratamiento neoadyuvante en el carcinoma basocelular, con un objetivo citorreductor, reduciendo el tamaño tumoral de la lesión previo a su tratamiento quirúrgico, facilitando la consecución de unos márgenes libres tumorales y reduciendo la morbilidad quirúrgica, especialmente, en lesiones de gran tamaño.

P32. EVALUACIÓN DE TUMORES CUTÁNEOS CON LC-OCT EX VIVO: ¿FUTURA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN 3 DIMENSIONES PARA LA CIRUGÍA CON CONTROL DE MÁRGENES?

J.-L. Perrot^b, P. Rosés Gibert^a, K. Groux^c, J. Ogien^c, J. Pérez-Anker^a y J. Malveyh Guilera^a

^a*Servei de Dermatologia. Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona. España.* ^b*Dermatology Department. Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne, SAINT-ETIENNE (Pays de la Loire).* ^c*Damae Medical. París (Ile-de-France). Francia.*

Introducción y objetivos. Actualmente, disponemos de numerosas técnicas de imagen para la evaluación de la piel, como la microscopía confocal de reflectancia in vivo y ex vivo (RCM), la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la OCT confocal en campo lineal (LC-OCT). Con la tecnología LC-OCT, se puede obtener una imagen vertical similar a la histología, una imagen horizontal similar a la RCM y una imagen tridimensional. Se ha desarrollado un nuevo prototipo que permite obtener imágenes ex vivo con LC-OCT. Esto no solo facilita una comprensión más integral de la histología de los tumores cutáneos, sino que también promete mejorar la detección de márgenes quirúrgicos en el futuro. El objetivo de este proyecto es evaluar la calidad de las imágenes obtenidas con LC-OCT ex vivo en diferentes tumores cutáneos, describir las características morfológicas de las lesiones evaluadas y correlacionarlas con la dermatoscopia, la RCM in vivo, la LC-OCT in vivo y la histología.

Métodos. Evaluamos prospectivamente a pacientes con diversos tumores cutáneos entre junio de 2022 y julio de 2023, con los siguientes criterios de inclusión: ≥ 18 años y un tumor cutáneo en el tronco o las extremidades. Recogimos imágenes clínicas, dermatoscópicas, de RCM, de LC-OCT in vivo, de LC-OCT ex vivo y de histopatología de diferentes tipos de tumores cutáneos.

Resultados. En total, se evaluaron 10 tumores cutáneos de 10 pacientes utilizando esta nueva tecnología: 3 melanomas, 2 queratosis seborreicas, 2 carcinomas basocelulares y 3 nevos melanocíticos. **Conclusiones.** Por primera vez, hemos podido visualizar tumores cutáneos extirpados en tres dimensiones. Las imágenes obtenidas son equivalentes a las adquiridas con dispositivos in vivo. Hemos apreciado resolución celular y realizado correlaciones celulares con la microscopía confocal, la LC-OCT in vivo y la histología. Estos resultados prometedores podrían iniciar futuras investigaciones sobre la evaluación de esta tecnología en la cirugía dermatológica con control de márgenes.

P33. EVALUACIÓN DE LA MEJORA COSMÉTICA AUTOPERCIBIDA EN ÁREAS CON QUERATOSIS ACTÍNICAS TRATADAS CON TIRBANIBULINA

J.M. Liñán Barroso, R. Corbi Llopis, G. Jiménez Thomas, M. Perelló Rodríguez, J. J. Domínguez Cruz y J. Conejo-Mir Sánchez

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

Introducción. Las queratosis actínicas (QA) son lesiones premalignas con potencial de degeneración. Estas lesiones son inducidas por la radiación solar crónica, causando daño actínico y envejecimiento cutáneo, manifestado por la aparición de lentigos, elastosis solar, y zonas hipocrómicas, entre otros. La tirbanibulina en pomada es una de las últimas adiciones al arsenal terapéutico de las QA, con un novedoso mecanismo de acción basado en la inhibición de la despolimerización de los microtúbulos en células con capacidad proliferativa. Además de su buena tolerabilidad en comparación con otros tratamientos, diversas publicaciones han señalado su potencial para mejorar cosméticamente las zonas tratadas. El objetivo de este estudio es evaluar la percepción de la mejora cosmética de la zona tratada en pacientes que fueron tratados con tirbanibulina durante 5 días para el tratamiento de QA.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico con inclusión de los pacientes con QA tratados con tirbanibulina en el último año. Se recogieron datos demográficos, zona tratada y tratamientos previos realizados. Se elaboró un cuestionario con 5 ítems (tono, luminosidad, arrugas finas, textura y aspecto general de la piel) para evaluar la percepción de mejora cosmética utilizando una escala Likert de 5 puntos. Los pacientes incluidos completaron el cuestionario de forma presencial o vía telefónica.

Resultados. Se incluyeron 31 pacientes (71% hombres) con una media de edad de $71,52 \pm 11,36$ años. El 83,9% de los pacientes no había recibido tratamiento previo para QA. En el 71% de los casos, la zona tratada fue la facial, mientras que en el 22,6% fue el cuero cabelludo. Tras el tratamiento con tirbanibulina pomada, el 77,7% de los pacientes experimentó una mejora en el tono de la piel, el 71% notó una mayor luminosidad, y el 41,9% reportó una mejoría en la flacidez de la piel. Además, el 77,4% observó una mejora en la textura de la piel, y el 71% notó una mejoría en el aspecto general de la misma. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al segmentar los datos según edad, sexo o área tratada.

Conclusiones. Nuestros datos apuntan a que el tratamiento con tirbanibulina mejora la apariencia cosmética percibida del área tratada cuando se utiliza para el tratamiento de QA.

P34. ANGIOEDEMA REFRACTARIO INDUCIDO POR DABRAFENIB/TRAMETINIB

J. Naharro Rodríguez^a, D. de Perosanz Lobo^a, A. Soria Rivas^b, F.J. Pérez Bootello^a, M. González Ramos^a, L.A. Pérez González^a y S. Beà Ardébol^a

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

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 58 años con melanoma plantar estadio IIIA en tratamiento adyuvante con nivolumab que fue suspendido por recaída ganglionar, iniciándose posteriormente dabrafenib + trametinib. A los dos meses del inicio, acudió al servicio de urgencias por presentar hinchazón y dolor en región facial y cervical de una semana de evolución, sin asociar disnea, disfagia ni otra sintomatología. La exploración reveló sendas placas eritematoedematosas induradas, mal delimitadas, localizadas en región mandibular e inframalar, así como angioedema de labio inferior, sin asociar habones. Se solicitó analítica sanguínea con valores normales de complemento, C1 inhibidor, IgE y triptasa. Se solicitó un escáner con hallazgos de trabeculación de la grasa subcutánea de la región mentoniana bilateral y de ambas regiones mandibulares. La valoración otorrinolaringológica fue normal. Una biopsia de la región afectada reveló edema en dermis y telangiectasias prominentes sin otros hallazgos. Tras descartar proceso infeccioso y progresión tumoral, se llegó al diagnóstico de angioedema. La clínica mejoró con prednisona 1mg/kg, pero reaparecía tras su suspensión. No se encontró relación con ningún fármaco u otro desencadenante, siendo dabrafenib/trametinib el único con posible relación. No mejoró con antihistamínicos ni tampoco omalizumab,

suspendiéndose ambos por ausencia de respuesta. Se decidió suspender dabrafenib y trametinib obteniéndose resolución de la clínica en una semana. Finalmente, la sintomatología volvió a reproducirse al reintroducir la medicación a la semana del inicio, confirmando el diagnóstico de angioedema refractario inducido por dabrafenib/trametinib. La paciente se encuentra actualmente en tratamiento con cororafenib/binimetinib, con excelente tolerancia y manteniendo el melanoma en respuesta completa.

Discusión. Entre los efectos adversos cutáneos de la terapia dirigida destacan el prurito, proliferaciones de estirpe escamosa y reacciones de hipersensibilidad celular de gravedad variable. Se han descrito recientemente síndromes de hipersensibilidad con angioedema, hipotensión y repercusión sistémica varios días después de introducir la terapia dirigida tras haber recibido inmunoterapia (como en nuestro caso), no obstante, la aparición diferida de angioedema refractario de manera aislada no se ha reportado previamente.

P35. NÓDULO ULCERADO COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T PERIFÉRICO, NOS

T.L. Vega López^a, M.J. García Gamero^a, I. González Jiménez^a, A. Marcos Monera^a, C. Sáez Fuster^a, P. Gallego Verdejo^a, S. Valdés López-Linares^a, G. Martínez García^b, M.J. Peñarrubia Ponce^c, P. Manchado López^a y A.M. Carballido Vázquez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

El linfoma cutáneo primario (LCP) de células T periférico no especificado de otra manera (PTCL-NOS) engloba a los LCP de células T maduras que no pueden ser incluidos en ninguna de las categorías propuestas por la actual clasificación consenso OMS-EORT. Se considera infrecuente, suponiendo únicamente un 2% de los LCP. Presentamos el caso de una mujer de 80 años derivada a consulta de Dermatología por una lesión dolorosa en región intermamaria de 3 meses de evolución. En la exploración física se observó un nódulo ulcerado de 1 cm, que se extirpó quirúrgicamente. El estudio histopatológico demostró la presencia de una enfermedad linfoproliferativa de células T pequeñas/intermedias CD4+ con rasgos de agresividad. El estudio de extensión (analítica y TAC toraco-abdomino-pélvico) descartó enfermedad extracutánea. A los 3 meses, la paciente presentó nuevas lesiones en forma de pápulas eritematosas infiltradas, no ulceradas, en axilas y cuero cabelludo. Estas lesiones tuvieron una evolución favorable, disminuyendo de tamaño y/o desapareciendo espontáneamente; sin embargo, el estudio histológico fue superponible al de la lesión inicial. Dos meses más tarde, se extirparon 2 nuevas lesiones que se ulceraron, mostrando signos de agresividad tanto clínica como histológicamente. En colaboración con Hematología se solicitó un PET-TAC que no evidenció focos hipermetabólicos extracutáneos, confirmando el diagnóstico de LCP de tipo PTCL-NOS. Desde Hematología se decidió no iniciar tratamiento sistémico (Watch & Wait). Las lesiones cutáneas no ulceradas se trataron con propionato de clobetasol hasta resolución. EL PTCL-NOS se presenta en adultos como nódulos localizados o generalizados, sin mostrar localizaciones predominantes. La mayoría de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico enfermedad sistémica avanzada. El pronóstico es malo con una supervivencia a los 5 años menor del 20%. La presencia de afectación cutánea sin afectación sistémica es rara y se ha asociado a una mayor supervivencia. Ante un linfoma infrecuente y de características agresivas, como el LCP de tipo PTCL-NOS es fundamental descartar siempre la afectación extracutánea en el momento del diagnóstico, ya que tiene un importante valor pronóstico y es crucial para determinar el manejo adecuado.

P36. POROCARCINOMA ECRINO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

A. San José Rodríguez^a, L.F. Godoy Villalón^a, G. Rodríguez Vega^a, J. Rodríguez López^a, Y. Peñate Santana^a, S. Galeano Reyes^b, A. Sobrino Prados^b, P.M. Bueno Ortiz^b y M.Z. Hernández Hernández^a

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

Antecedentes y objetivos. El porocarcinoma ecrino (PE) es un tumor aneural poco frecuente, que puede aparecer de novo o sobre un poroma. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de PE en el Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo entre enero de 2018 y febrero de 2024. Los datos se obtuvieron de la base de datos del servicio de Dermatología y Anatomía Patológica de nuestro centro.

Resultados. Presentamos 8 casos de PE, 7 mujeres y 1 hombre, con una media de edad de 79,5 años. Todos los casos fueron lesiones únicas y la localización más frecuente fue en extremidades (25% en miembros superiores y 38% en miembros inferiores). El tamaño de las lesiones fue variable (rango de 1,2 cm a 10 cm de diámetro), al igual que el tiempo de evolución previo al diagnóstico (varios meses hasta más de 5 años). Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron una tumoración ulcerada o una placa eritematosa sobre elevada. Los principales diagnósticos diferenciales fueron carcinomas epidermoides y basocelulares. El tratamiento fue cirugía, salvo en un caso que se decidió abstención terapéutica. No hubo recurrencias. En tres casos se realizó estudio de extensión, sin datos de enfermedad a distancia.

Discusión. Debido a la baja frecuencia de PE, la mayoría de los datos provienen de estudios retrospectivos y series de casos. La tasa de incidencia en nuestro centro fue más alta que la descrita en la literatura (1,86 por cada 100.000 habitantes-año frente a 0,02-0,2 por cada 100.000 habitantes-año). La media de edad se estima en 65 años, siendo nuestros pacientes más ancianos. En las series más amplias no se hallan diferencias entre sexos, siendo en nuestros casos predominante el femenino. La localización más frecuente fue los miembros inferiores. El 50% tenía antecedentes de otras neoplasias cutáneas, lo cual es coherente con la probable relación entre el PE y la exposición solar.

Conclusiones. Presentamos una serie de 8 casos de PE diagnosticados en el área sur de Gran Canaria entre los años 2018 y 2024, en la cual podemos observar una incidencia mayor que lo reportado en otras series, probablemente en relación con la mayor fotoexposición de nuestra población con respecto a otras áreas demográficas.

P37. REACCIONES CUTÁNEAS TARDÍAS ASOCIADAS A TEBENTAFUSP: REPORTE DE UN CASO DE VITÍLIGO EN MELANOMA UVEAL METASTÁSICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R. del Cristo Cova Martín^a, F. J. Pérez Bootello^a, A. Lecumberri Indart^a, D. Hernández Calle^a, L. A. Martínez de Salinas^a, A. Soria Rivas^b y S. Beà Ardébol^a

^aDermatología. ^bOncología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Tebentafusp es una molécula biespecífica compuesta por un receptor de células T (TCR) fusionado a una molécula efectora anti-CD3, que dirige los linfocitos T citotóxicos frente a la glicoproteína-100 (gp100), sobreexpresada en el melanoma.

Constituye una inmunoterapia recientemente aprobada para pacientes con melanoma uveal irrecusable o metastásico y que expre-

sen HLA-A*02:01. Cerca del 80% de los pacientes experimentan reacciones cutáneas urticariformes, asociadas a fiebre y en ocasiones hipotensión que se resuelven en menos de 24 horas y disminuyen en intensidad en infusiones posteriores. Estas respuestas están muy bien caracterizadas, pero aún se conoce poco sobre las reacciones cutáneas tardías. Describimos el caso de un paciente de 74 años con diagnóstico reciente de melanoma uveal con metástasis hepáticas y pulmonares. Se comprobó que presentaba HLA-A*02:01 e inicio tratamiento con Tebentafusp. Tras 7 ciclos desarrolló manchas blanquecinas generalizadas totalmente asintomáticas y sin otra clínica sistémica de interés asociada. A la exploración presentaba múltiples máculas y manchas hipopigmentadas, bien delimitadas, diseminadas en tronco y extremidades, compatibles con vitíligo. Solo existe un caso de vitíligo descrito en la literatura en relación con Tebentafusp. Se ha hipotetizado un origen fisiopatológico similar al vitíligo descrito con otros tratamientos, en el que existe una reacción inmunomediada dirigida contra antígenos compartidos entre los melanocitos normales y las células tumorales. Dada la reciente aprobación del tebentafusp para el tratamiento del melanoma uveal metastásico, las toxicidades dermatológicas asociadas a este fármaco aún están poco caracterizadas. Nuestro caso resalta la amplitud del espectro de reacciones cutáneas que se asocian a este tratamiento, actualmente en estudio para evaluar su eficacia en el melanoma cutáneo. Se necesita más experiencia e investigación para caracterizar el pronóstico y el manejo de estas.

P38. MUTACIONES GERMINALES Y PREDISPOSICIÓN AL CÁNCER EN PACIENTES CON MELANOMA FAMILIAR Y MELANOMA PRIMARIO MÚLTIPLE

I. López Riquelme, S. Martínez García, A. Serrano Ordóñez, G. de la Vega Calvo Moreno y L. Martínez Pilar

Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Antecedentes. El melanoma es la neoplasia con más heredabilidad de todos los cánceres. Los estudios genéticos en línea germinal en España están indicados para pacientes con melanoma en los casos en los que el paciente presente 2 o más melanomas (melanoma múltiple) o en los casos en los que haya al menos un familiar de 1º o 2º grado con melanoma o cáncer de páncreas (melanoma familiar).

Objetivo. Determinar las mutaciones germinales más frecuentes en pacientes con melanoma familiar y melanoma múltiple, así como la asociación con otras neoplasias.

Métodos. Se seleccionaron 152 pacientes que cumplían criterios de melanoma familiar y/o melanoma múltiple, de los que disponemos datos clínicos y epidemiológicos. Se realizó un panel genético de melanoma y cáncer hereditario mediante secuenciación masiva obteniendo muestras de sangre o saliva.

Resultados. De los 152 pacientes (89 mujeres y 63 hombres), 89 (58,5%) tenían antecedentes familiares de melanoma, 23 (15,1%) de cáncer de páncreas, 20 (13,1%) de cáncer de mama y 15 (9,8%) colorrectal. Aparte de melanoma, 21 (13,8%) tenían alguna otra neoplasia asociada, destacando 7 (4,6%) cáncer de mama y 4 (2,6%) cáncer renal. Se ha realizado estudio genético por el momento en 107 pacientes, encontrándose alguna mutación germinal en 42 (39,2%) de ellos. De estas, 21 eran patogénicas, 5 probablemente patogénicas y 16 de significado incierto. El gen más frecuentemente mutado fue CDKN2A (19 casos), seguido de TERT, MITF, BAP1, NF1 y ATM (3 casos cada uno). También se encontraron mutaciones en otros genes relacionados con síndromes de predisposición al cáncer como PTCH1, MLH1 y BRCA 1 y 2, entre otros.

Conclusiones. El gen mutado con más frecuencia ha sido CDKN2A, típicamente asociado con el cáncer de páncreas. Sin embargo, hemos encontrado mutaciones en otros genes que podrían relacionarse con antecedentes oncológicos personales y familiares de estos pacientes. Estudios recientes proponen ampliar los criterios para

solicitar estudio genético, incluyendo antecedentes de tumores distintos de melanoma y cáncer de páncreas, así como indicación de estudio genético en pacientes con melanoma menores de 35 años. Estos hallazgos podrían ayudar a identificar pacientes con predisposición genética, establecer medidas de prevención y determinar factores pronósticos.

P39. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CASOS DE CARCINOMA DE MERKEL EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

J.L. Castaño Fernández^a, I. Salguero Fernández^a, G. Silvestre Egea^b, D. Suárez Massa^b, L. Nájera Botello^b, G. Rouston Gullón^a y L. Turrión Merino^a

^a*Dermatología*. ^b*Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. Madrid. España.*

Antecedentes y objetivos. El carcinoma de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo infrecuente, representa menos del 1% del total de las malignidades cutáneas. Sin embargo, sus características especiales hacen que tenga una gran relevancia.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de carcinoma de Merkel en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, desde el año 2009 hasta la actualidad. Se describen las variables: sexo, edad al diagnóstico, inmunodepresión asociada (fármacos potencialmente relacionados con la carcinogénesis), localización, estadio, metástasis al diagnóstico o durante seguimiento, tratamiento recibido, años de seguimiento, así como las características histológicas más relevantes.

Resultados. De un total de 17 pacientes el 75% fueron varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 76 años. La localización más frecuente del tumor fue en cabeza y cuello. Siete de los pacientes presentaban algún grado de inmunosupresión. Más del 50% de los pacientes presentaron metástasis ganglionares o en otros órganos al diagnóstico o durante el seguimiento, con una mediana de seguimiento de 2 años. El diagnóstico se estableció mediante estudio histológico de los lesiones. En los pacientes trasplantados el 100% de los tumores fueron negativos para poliomavirus de células de Merkel (PVCM). En 5 de los pacientes se encontraron en la pieza histológica otras lesiones tumorales cutáneas asociadas.

Conclusiones. Del total de pacientes inmunodeprimidos, 2 fueron receptores de trasplante de órgano sólido (cardíaco y hepático). Los fármacos que recibieron previo diagnóstico de CCM fueron micofenolato y everolimus; no se detectó PVCM, lo que es concordante con lo ya descrito en la literatura. El paciente con trasplante hepático desarrolló metástasis cutáneas, a pesar de ser un estadio I al diagnóstico, lo que apoya la mayor tasa de progresión en estos pacientes. Destacar en nuestra muestra un paciente con hepatitis autoinmune que durante más de 10 años había sido tratado con azatioprina, fármaco ampliamente descrito como factor de riesgo para el desarrollo de este tumor. Cinco de los 17 pacientes presentaron de forma concomitante algún tumor relacionado con la exposición a la radiación ultravioleta, lo cual apoya que esta sea una de las vías de tumorigénesis del CCM.

P40. EFECTOS ADVERSOS DERMATOLÓGICOS EN UN PACIENTE ANCIANO EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SISTÉMICO: MÁS ALLÁ DEL EXANTEMA INTERTIGINOSO FLEXURAL Y SIMÉTRICO POR FÁRMACOS

M. Criado Otero, A. Sánchez Herrero, V. Onecha Vallejo, P. Bodas Gallego y E. Samaniego González

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

Antecedentes y objetivos. Cada vez es más extendido el empleo de tratamientos oncológicos en pacientes de edades avanzadas y/o

con comorbilidades asociadas. El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en estos pacientes puede ser un reto e incluye efectos adversos (EA) de los fármacos que reciben. Un ejemplo es el exantema intertiginoso flexural y simétrico por fármacos (SDRIFE).

Caso clínico. Varón de 80 años con un adenocarcinoma de sigma metastásico en el que se decide realizar un descanso terapéutico tras la respuesta a panitumumab. El paciente había requerido varios ingresos hospitalarios por infecciones del tracto urinario que precisaron tratamiento antibiótico. Poco después de reiniciar panitumumab tras una recaída, desarrolló EA cutáneos intolerables, siendo entonces referido a nuestro servicio. En la exploración física se observó una erupción papulopustulosa grado 1 afectando fundamentalmente al polo cefálico y al tronco que había mejorado tras instaurarse tratamiento con doxiciclina. También se evidenció una gran placa eritematoviolácea con erosiones que afectaba a pliegues inguinales, interglúteos, sacro y región escrotal. No presentaba lesiones en mucosas ni afectación del estado general. Se estableció un diagnóstico diferencial entre SDRIFE, metástasis erisipeloides, erisipela infecciosa o dermatitis glútea senil. Se realizó una biopsia, cultivo microbiológico, analítica sanguínea, test de transformación linfocitaria (TTL) y se indicaron pruebas epicutáneas (PE).

Discusión. El diagnóstico de SDRIFE se basa en la clínica compatible, para la que pueden aplicarse los criterios de Hausermann (2004), y la correlación temporal con la administración del fármaco. Los hallazgos histológicos son inespecíficos y variables. Puede ayudar en el diagnóstico la realización de PE, el TTL con el fármaco sospechoso y las pruebas de provocación directas. No hay ningún caso de SDRIFE secundario a panitumumab descrito en la literatura. La reintroducción del panitumumab sin reproducción de las lesiones nos hace pensar en otro fármaco causal por determinar, probablemente un antibiótico, o en que las lesiones puedan ser de origen multifactorial.

Conclusiones. Las toxicidades cutáneas secundarias a tratamientos oncológicos sistémicos son cada vez más frecuentes en las consultas de dermatología y suponen un reto diagnóstico y terapéutico.

P41. MELANOMAS MÚLTIPLES PRIMARIOS: UN ENFOQUE INTEGRAL DESDE LA DETECCIÓN TEMPRANA HASTA LA GENÉTICA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Cebolla Verdugo, C. Llamas Segura, J.J. Vega Castillo, Á. Ayén-Rodríguez, F. M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España

Introducción. Los melanomas múltiples primarios (MMP) son un fenómeno clínico de gran relevancia en la dermatología oncológica. El manejo de los MMP es complejo y requiere una vigilancia constante para la detección temprana y el tratamiento adecuado. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y patológicas de los MMP en una serie de casos de un hospital de tercer nivel.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo en 13 pacientes con diagnóstico de MMP, recogiendo datos demográficos y características clínicas e histológicas de cada melanoma. Se calculó el intervalo de aparición entre melanomas por paciente para entender mejor la progresión de la enfermedad.

Resultados. La cohorte incluyó 10 hombres y 3 mujeres, con una edad promedio de 61,08 años (rango 40-83). Se identificaron 33 melanomas, mayoritariamente en estadios tempranos: 12 "in situ" y 8 en estadio IA. El espesor de Breslow fue generalmente bajo, con 0 mm en 16 melanomas, y un nivel de Clark promedio de 2,21. El intervalo medio de aparición entre los melanomas fue de 4,39 años, con un rango de 0 a 13 años. No se observó invasión perineural ni linfovascular en ningún caso. Un paciente presentó una variante en el gen MC1R, y otro tuvo un resultado genético no concluyente.

Discusión. Nuestros hallazgos subrayan la importancia de la vigilancia dermatológica intensiva para la detección temprana de MMP, reflejada en el predominio de melanomas en estadios iniciales y la ausencia de invasión perineural y linfovascular. Estudios recientes destacan el papel de la dermatoscopia digital y las pruebas genéticas en la detección temprana y el manejo de estos pacientes. Las mutaciones en los genes CDKN2A, MITF (E318K), y MC1R son reconocidas por su papel en la predisposición genética al melanoma familiar y múltiple. Estas mutaciones impactan significativamente el riesgo de desarrollar melanomas adicionales y deben ser consideradas en el contexto de un manejo clínico personalizado.

Conclusiones. La detección temprana y la vigilancia continua son esenciales en el manejo de los MMP. La integración de estudios genéticos, como la evaluación de variantes en CDKN2A, MITF (E318K), y MC1R, junto con el uso de dermatoscopia digital, puede proporcionar un enfoque más personalizado para estos pacientes, optimizando su seguimiento y tratamiento.

P42. TENDENCIAS DE MORTALIDAD DEL MELANOMA EN EUROPA DESDE 1992 HASTA 2021: UN ANÁLISIS EDAD-PERÍODO-COHORTE Y GEOESPACIAL

R. Bueno Molina^a, M. Sendín Martín^a, J.C. Hernández Rodríguez^a, A. Cayuela^b, J. Conejo-Mir Sánchez^a y J.J. Pereyra Rodríguez^a

^aDermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. ^bUnidad de Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Sevilla. España.

Introducción. El melanoma maligno (MM) provoca alrededor de 55.000 muertes cada año, con una alta proporción de estas concentradas en Europa. Conocer las características epidemiológicas de esta enfermedad es crucial para mejorar su prevención.

Objetivo. Analizar las tendencias espaciotemporales de mortalidad en la población europea con MM entre 1992 y 2021, considerando los efectos del sexo, la edad, el periodo y la cohorte de nacimiento.

Material y métodos. El número anual de fallecimientos en Europa por MM entre 1992 y 2021 se recogió de la base de datos Global Burden of Disease. Se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad para la población global y para cada grupo de sexo y edad. Los cambios significativos de tendencia de mortalidad se identificaron mediante una regresión Joinpoint. Se llevó a cabo un modelo de edad-periodo-cohorte (APC); así como un análisis geoespacial para evaluar los patrones de mortalidad por países.

Resultados. Durante el periodo estudiado se produjeron un total de 493.792 muertes por MM en Europa, concentrándose la mayor parte de ellas en Europa Occidental. La tasa de mortalidad global ajustada por edad tuvo un ligero ascenso desde 3,10 casos/100.000 habitantes en 1992 hasta 3,55 casos/100.000 habitantes en 2021, con varios joinpoints significativos. En el análisis APC, se observó un incremento en la mortalidad a mayor edad del paciente, siendo esta consistentemente más alta en los hombres. Las cohortes nacidas antes de 1940 presentaron un aumento del riesgo relativo (RR) de mortalidad, que disminuyó progresivamente en las cohortes posteriores, lo que refleja mejoras en la prevención y el tratamiento del MM. En cuanto al análisis geoespacial, los cambios significativos se produjeron entre 2001 y 2021 con un descenso del RR de mortalidad en varios países de Europa del Sur. En el resto de las regiones, el descenso no fue tan uniforme ni marcado. Por otro lado, se constató que la relación entre espacio y tiempo varía de manera interdependiente, y que los cambios en el tiempo están influenciados por lo que ocurrió en los años anteriores.

Conclusión. Durante el periodo estudiado, las tasas de mortalidad por MM en Europa presentaron un ligero aumento, siendo más altas en hombres y en personas mayores. Sin embargo, se observó un descenso del RR en las cohortes más jóvenes, reflejando avances en la prevención y tratamiento.

P43. MASA TIROIDEA SIMULANDO UN CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN MELANOMA LABIAL EN REGRESIÓN

M. Álvarez Salafranca^a, M. Almenara Blasco^a, A. Carilla Sanromán^b, P. Gil Pallares^a, A. Diago Irache^a e Y. Gilaberte Calzada^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción. El melanoma labial supone menos del 0,3% de todos los melanomas. Su pronóstico parece ser mejor que el de otros melanomas de la cavidad oral, aunque sigue siendo peor que el del melanoma cutáneo, con una supervivencia global a 5 años del 56,1-75,2%.

Caso clínico. Un varón de 76 años consultó por una masa anterocervical de rápido crecimiento asociada a tos seca, disnea, disfagia y síndrome constitucional. La tomografía computarizada mostró una masa cervical dependiente de tiroides, que causaba desplazamiento traqueal, además de múltiples nódulos pulmonares. En este contexto, se propuso el diagnóstico inicial clínico-radiológico de un carcinoma anaplásico del tiroides. Sin embargo, la exploración dermatológica reveló una lesión pigmentada atípica en el labio inferior, de años de evolución, que con dermatoscopia mostraba un patrón sin estructura asimétrico con colores blanco y gris. La biopsia mostró una proliferación de melanocitos atípicos a nivel intrapidérmico, con vacuolización de la capa basal, un denso infiltrado mononuclear «en banda» y melanófagos. Una biopsia con aguja gruesa de la masa tiroidea mostró una infiltración masiva por melanocitos atípicos. Tras valoración multidisciplinar, se propuso tratamiento sistémico con pembrolizumab.

Discusión. Según algunos autores, la presencia de un denso infiltrado mononuclear en dermis superficial, la vacuolización de la capa basal y la presencia de melanófagos, pueden reflejar una regresión temprana previa a la fibrosis. Esto explicaría en nuestro caso la presencia, en un contexto metastásico, de una neoplasia melanocítica atípica exclusivamente intraepitelial. De hecho, una de las teorías más aceptadas sobre la patogenia de los melanomas de primario desconocido, es que la regresión del primario comienza después de que se haya producido la diseminación metastásica.

Las metástasis en la glándula tiroides son raras y se han descrito en el 1,4-3% de todos los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de cáncer de tiroides. Una revisión con 374 casos halló que las metástasis de melanoma constituían el 4% de estas. Por lo tanto, esta posibilidad debe tenerse en cuenta al evaluar una masa tiroidea de rápido crecimiento, especialmente en pacientes con antecedentes de melanoma o, como en nuestro caso, como forma de presentación inicial.

P44. RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES Y MÉDICOS CON TIRBANIBULINA AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LA QUERATOSIS ACTÍNICA EN CONDICIONES CERCANAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA E ITALIA (ESTUDIO TIRBASKIN)

J. Cañueto^a, Y. Gilaberte^b, O. Yélamos^c, C. Serra-Guillén^d, A. Conti^e, F. Pajuelo^f, A. Lecchi^g, V. Cappello^h, B. Kostov^h y M. Romanelliⁱ

^aComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

^bHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^cHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^dInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^eOspedale Infermi di Rimini, Rimini. Italia. ^fAlmirall. Barcelona. España. ^gAlmirall. Milano. Lombardia. Italia. ^hAlmirall. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. España. ⁱOspedale Santa Chiara. Pisa. Toscana. Italia

^hOspedale Santa Chiara. Pisa. Toscana. Italia

ⁱOspedale Santa Chiara. Pisa. Toscana. Italia

Antecedentes y objetivos. El objetivo es evaluar los resultados reportados por los pacientes y los médicos después del tratamiento

con tirbanibulina al 1% una vez al día durante 5 días consecutivos para la queratosis actínica (QA) en condiciones cercanas a la práctica clínica habitual en España e Italia.

Métodos. TIRBASKIN es un estudio clínico multicéntrico, fase IV, de cohorte única y baja intervención, realizado en pacientes adultos con 4-8 lesiones de QA no hiperqueratósicas ni hipertróficas en la cara o en el cuero cabelludo en un área de hasta 25 cm² que no se ha tratado en los últimos 6 meses. El día 57, los pacientes completaron el Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication Versión 9 (TSQM-9) sobre efectividad, conveniencia de uso y satisfacción global con el tratamiento. Los pacientes y los médicos completaron el Expert Panel Questionnaire para puntuar la apariencia general, la mejora en el aspecto y la textura de la piel, la satisfacción general y la probabilidad de reconsiderar el uso de tirbanibulina (si fuera necesario), con una escala de respuesta de 0 a 5. La versión de los médicos se refiere a la observación de los efectos de tirbanibulina sobre sus pacientes.

Resultados. Trescientos veintiocho pacientes con lesiones de QA en la cara (47%) o el cuero cabelludo (53%) completaron el estudio (edad media: 75 años; hombres: 84%; fototipo II de Fitzpatrick: 54%). El 62% había recibido al menos un tratamiento previo para la QA. El día 57, los pacientes reportaron altos niveles de satisfacción para los 3 dominios del TSQM-9. El 96% de los médicos y 92% de los pacientes calificaron la apariencia general de la piel después de usar tirbanibulina como mucho/algo mejor y el 92% de los médicos y el 89% de los pacientes estaban extremadamente/muy satisfechos/satisfechos con la mejoría en el aspecto y la textura de la piel. Además, 88% de los médicos y 82% de los pacientes reportaron que tirbanibulina era mucho/algo mejor que el tratamiento tópico previo y 87% de los médicos y 86% de los pacientes reportaron que sería muy/algo probable que reconsideren tirbanibulina.

Conclusiones. La satisfacción general de los médicos y pacientes con el tratamiento con tirbanibulina durante 5 días fue alta. Ambos reportaron una alta predisposición a reconsiderar este tratamiento en el futuro, considerando tirbanibulina como una opción terapéutica de valor en el tratamiento de la QA.

P45. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TIRBANIBULINA AL 1% PARA EL TRATAMIENTO DE LA QUERATOSIS ACTÍNICA EN CONDICIONES CERCANAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA E ITALIA (ESTUDIO TIRBASKIN)

Y. Gilaberte^a, O. Yélamos^b, J. Cañueto^c, C. Serra-Guillén^d, A. Conti^e, F. Pajuelo^f, A. Lecchi^g, V. Cappello^h, B. Kostov^h y M. Romanelliⁱ

^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^cComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ^dInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^eOspedale Infermi di Rimini. Rimini. Italia. ^fAlmirall. Barcelona. España. ^gAlmirall. Milano. Lombardía. Italia. ^hAlmirall. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. España. ⁱOspedale Santa Chiara. Pisa. Toscana. Italia.

Antecedentes y objetivos. La eficacia y seguridad de tirbanibulina al 1% se han evaluado en dos ensayos de fase III en Estados Unidos. Sin embargo, al inicio del ensayo no existían datos sobre la experiencia clínica con tirbanibulina en España e Italia. El objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de tirbanibulina administrada a pacientes con queratosis actínica (QA) en condiciones cercanas a la práctica clínica habitual en España e Italia.

Métodos. TIRBASKIN es un estudio clínico multicéntrico, fase IV, de cohorte única y baja intervención, realizado en pacientes adultos con 4-8 lesiones de QA no hiperqueratósicas ni hipertróficas en la cara o el cuero cabelludo en un área de hasta 25 cm² que no se ha tratado en los últimos 6 meses. Los pacientes se aplicaron tirbanibulina al 1% durante 5 días consecutivos. La eficacia se evaluó median-

te el porcentaje de pacientes con aclaramiento completo (AC), definido como una reducción del 100% de las lesiones dentro del área de aplicación y el porcentaje de pacientes con aclaramiento parcial (AP), definido como una reducción $\geq 75\%$ en el número de lesiones dentro del área de aplicación el día 57. La seguridad se evaluó mediante la incidencia y gravedad de los acontecimientos adversos (AA) y los signos de tolerabilidad local (STL) (eritema, descamación, formación de costras, hinchazón, vesículas/pustulaciones y erosiones/ulceraciones) en una escala de 0 = ausente a 3 = grave.

Resultados. Trescientos veintiocho pacientes (edad media: 75 años; hombres: 84%; fototipo II de Fitzpatrick: 54%) con QA en la cara (47%) o cuero cabelludo (53%) completaron las evaluaciones del estudio el día 57. La reducción promedia de lesiones respecto al número basal fue de 82% en el día 57. El 54% de los pacientes alcanzaron el AC y el 77% alcanzaron el AP. En el día 8, el 98% de los pacientes tuvieron al menos un STL; los STL fueron principalmente eritema leve/moderado (72%), descamación (34%) y costras (18%) en su mayoría resueltos el día 57. Tres pacientes desarrollaron carcinoma de células basales fuera del área de aplicación. No hubo muertes ni AA graves.

Conclusiones. Tirbanibulina al 1% es eficaz, segura y bien tolerada, en línea con los resultados obtenidos en ensayos de fase III. Estos resultados en condiciones cercanas a la práctica clínica sitúan a tirbanibulina como una opción de valor entre los tratamientos disponibles para la QA.

P46. RADIOTERAPIA EN CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN NONAGENARIOS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E. Arregui López^a, O. Al-Wattar Ceballos^b, L. Martínez Montalvo^b, M. del Prado Sánchez Caminero^b y G. Romero Aguilera^b

^aOncología Radioterápica. Hospital General Universitario. ^bDermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.

Antecedentes y objetivos. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) incluye a los tumores malignos más frecuentes en la raza caucásica. Aunque el tratamiento más empleado es la cirugía, el envejecimiento en la población ha puesto en vigor el papel de la radioterapia como opción en el manejo de este tipo de tumores permitiendo tratar lesiones tumorales extensas y con infiltración de tejidos profundos.

Material y método. Realizamos un estudio observacional descriptivo de pacientes nonagenarios con CCNM que han recibido radioterapia en nuestro centro. Se analizaron las características del tratamiento radioterápico recibido así como las toxicidades tardías, la respuesta a la radioterapia en monoterapia y adyuvante y el control local y la supervivencia tanto libre de enfermedad como global.

Resultados. Se trató a un total de 55 pacientes nonagenarios con CPNM, 31 hombres y 39 mujeres, con una media de edad de 95,92 años. La histología más prevalente de los CCNM han sido el CBC con un 57% seguido del CEC con un 39%. Se ha presentado un predominio de lesiones en la mejilla y en la sien aunque su distribución ha presentado una gran variabilidad. La media del tamaño ha sido de 3,41 cm. La mayoría de las lesiones tumores han sido tratadas con radioterapia con intención radical (92,2%). Solo 4 de los tumores han precisado de reirradiación. Respecto a las toxicidades tardías, la más frecuente ha sido la descamación húmeda en un 85% de los casos. El 69% fallecieron principalmente debido a otras causas como la edad, siendo solo 2 casos a causa del tumor.

Conclusiones. La radioterapia es una técnica última para el manejo de CCNM en pacientes nonagenarios. Respecto a los tumores encontrados en nuestra muestra, en general presentan un tipo histológico poco agresivo. La respuesta a la RT a dosis radicales ha sido óptima (98,7%) no habiéndose presentado ninguna recidiva y solamente una persistencia de un tumor agresivo donde no se tuvo en cuenta el tiempo apropiado de adyuvancia.

P47. GRANULOMA PIOGÉNICO CON LESIONES SATÉLITES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

N.M. Román Mendoza^a, M. Gutiérrez Pascual^a, M.D. Caro Gutiérrez^a, J.J. Mateos Rico^a, C. Marcos Rodríguez^a, A. Alegre Bailo^a, A. Sánchez Gil^a, L. Luna Bastante^a, L. Estrada Muñoz^b y F.J. Vicente Martín^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Rey Juan Carlos. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. España.

Introducción. El granuloma piogénico (GP) es una proliferación vascular benigna que suele presentarse como lesión única. La recurrencia local tras la exéresis del GP es frecuente. Sin embargo, la aparición de lesiones adyacentes a la lesión principal es una manifestación poco frecuente y plantea desafíos diagnósticos. Presentamos el caso de una paciente con un GP con lesiones satélites.

Caso clínico. Mujer de 44 años con una tumoración vascular eritematosa, dolorosa y sangrante en el primer dedo de la mano izquierda de cuatro meses de evolución. Refería aparición de lesiones papulosas satélites en los últimos 15 días. La ecografía mostró una masa hipoecogénica de 9 x 9 mm en tejido celular subcutáneo con una estructura vascular adyacente. Los cultivos para bacterias fueron negativos. En la biopsia se confirmó el diagnóstico de GP. Se observaron agregados de células endoteliales dispuestos en nódulos con inmunohistoquímica positiva para CD31 y CD34, y negativa para VHH8, melan-a, SOX-10 y D2-40. Se realizó exéresis tangencial y electrocoagulación de las lesiones.

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico diferencial incluyó GP, sarcoma de Kaposi, angiomas bacilar y melanoma amelanótico.

Discusión. El GP con lesiones satélites es una condición rara que puede simular patología maligna. El estudio histológico e inmunohistoquímico es necesario para llegar al diagnóstico de certeza. Las lesiones satélites suelen aparecer alrededor del tumor primario. Habitualmente se desarrollan entre una semana y 4 meses después de la irritación o exéresis de la lesión primaria, entidad conocida como GP recidivante. Estas lesiones pueden involucrar espontáneamente en 6-12 meses.

Conclusión. El GP con lesiones satélites es una entidad rara, pero que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones vasculares proliferativas.

P48. METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES COMO MARCADOR DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

Á. Núñez Domínguez^a, S. Reyes García^a, J. Carrero Martín^a, M. López Pando^a, R. Santos-Juanes Galache^a, B. Vivanco Allende^b, F.J. Pérez Rastrollo^b y J. Santos-Juanes Jiménez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Introducción. Las metástasis cutáneas son un hallazgo raro en el carcinoma papilar de tiroides, representando solo entre el 0,06% y 0,82% de los casos. Estas lesiones suelen indicar un estado avanzado de la enfermedad y su diagnóstico es fundamental para guiar el manejo clínico.

Caso clínico. Mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, fue diagnosticada en 2021 de carcinoma papilar de tiroides multifocal con infiltración linfocelular. Tras una tiroidectomía total, recibió radioyodo y presentó una respuesta completa. En marzo de 2024, se presentó con una pápula violácea de 6 x 6 mm en el cuero cabelludo. La lesión fue extirpada y diagnosticada como metástasis cutánea de carcinoma papilar de tiroides mediante inmunohistoquímica. En los meses siguientes, se

detectó una masa en el lecho tiroideo derecho, confirmada como recidiva tumoral con extensión mediastínica. La paciente fue tratada con radioterapia y sorafenib.

Discusión. Las metástasis cutáneas del carcinoma papilar de tiroides son extremadamente raras y suelen aparecer en pacientes con enfermedad avanzada. Clínicamente, estas metástasis pueden presentarse como nódulos inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. En este caso, la lesión cutánea se diagnosticó inicialmente como un posible carcinoma basocelular, pero la biopsia reveló su naturaleza metastásica. El uso de marcadores inmunohistoquímicos, como TTF-1 y mesotelina, es esencial para diferenciar estas metástasis de otras lesiones cutáneas. La presencia de metástasis cutáneas sugiere una mayor agresividad tumoral y generalmente indica un pronóstico reservado. El tratamiento de la recidiva tumoral incluyó terapias dirigidas, como sorafenib, que han demostrado eficacia en el control de la enfermedad avanzada.

P49. ASOCIACIÓN DE CLORMETINA EN GEL EN MICOSIS FUNGOIDE REFRACTARIA A MOGAMULIZUMAB: REPORTE DE UN CASO

M. Quetglas Valenzuela, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, J. Mercader Salvans, D.J. Sánchez Báez, A. Visciana Tarife, E. Fagundo González y A. de Andrés del Rosario

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

Introducción. La micosis fungoide (MF) es el tipo más común de linfoma cutáneo de células T que presenta un reto terapéutico en su fase avanzada por su naturaleza refractaria. La clormetina (CL), un agente alquilante aprobado en gel en 2017 por la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento de la MF, ha demostrado eficacia tanto en estadios iniciales como en estadio avanzados. Presentamos un caso de MF avanzada tratada exitosamente con CL en gel.

Caso clínico. Presentamos a una mujer de 85 años con MF estadio IVB, diagnosticada en 2021 tras haber presentado síntomas desde 2015. Previamente tratada con gemcitabina, adriamicina y brentuximab y dosis altas de corticoterapia. En 2023 se inicia tratamiento con mogamulizumab que mantiene hasta la actualidad (28 ciclos) con buena respuesta inicial pero pérdida secundaria y valores de modified-Severity-Weighted Assessment Tool (mSWAT) de hasta 100. Destaca el mal control del prurito durante el tratamiento que provoca ideaciones autolíticas y por lo que llega a acudir hasta en 55 ocasiones al servicio de urgencias. Como última opción terapéutica, se añadió CL en gel con una pauta inicial de aplicación semanal. Tras un mes de tratamiento presenta una excelente respuesta con gran control del prurito, reducción de mSWAT a 21 y cesación de ideas autolíticas. Persisten lesiones en el dorso donde la paciente no puede aplicarse el tratamiento. No ha presentado efectos adversos cutáneos ni sistémicos por el momento.

Discusión. La CL induce roturas en el ADN y promueve la apoptosis en el tejido epidérmico, inhibiendo el crecimiento de células rápidamente proliferativas en la MF. Está descrita su combinación con corticoides tópicos, fototerapia, retinoides orales, metotrexato, interferón alfa y mogamulizumab. La tasa de efectos adversos cutáneos en tratamiento con CL puede ser superior al 50% y la mayoría son manejables ajustando la frecuencia del tratamiento o añadiendo corticosteroides tópicos. Su asociación con mogamulizumab está descrita y, como muestra nuestro caso, puede ser una alternativa segura y eficaz para el control de síntomas en pacientes con MF avanzada.

Conclusiones. Presentamos el caso de una paciente con MF tratada con CL tópica asociada a mogamulizumab logrando un control significativo del prurito, reducción de lesiones cutáneas, mejoría en calidad de vida y sin efectos adversos registrados.

P50. 5 - FLUOROURACILO 4% TÓPICO COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE

C. Marcos Rodríguez, M. Gutiérrez Pascual, A. Sánchez Gilo, J.J. Mateos Rico, N. M. Román Mendoza, M.D. Caro Gutiérrez, L. Luna Bastante, A. Alegre Bailo y F.J. Vicente Martín

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

Introducción. El carcinoma epidermoide (CE) es el segundo tumor maligno de piel más frecuente. El 5-Fluorouracilo (5-FU) es un agente quimioterápico que, administrado de forma tópica, es eficaz como tratamiento de las queratosis actínicas y en otro tipo de cánceres cutáneos no melanoma (CCNM).

Presentamos el caso de un CE que remitió tras la aplicación, de 5-FU al 4%.

Caso clínico. Varón de 63 años, trasplantado renal, en seguimiento por queratosis actínicas en cuero cabelludo. En una revisión presentaba una placa hiperqueratósica en vértex infiltrada al tacto sugestiva de CE. Se realizó una biopsia que resultó confirmatoria y se programó para extirpación quirúrgica.

Además, se pautó tratamiento tópico con 5 - FU al 4% para tratar las queratosis actínicas de la calota. A su llegada a quirófano 3 semanas después, el paciente se había aplicado el tratamiento indicado en toda la superficie del cuero cabelludo (incluyendo la placa de CE). La lesión compatible con CE se había resuelto. Seis meses después del tratamiento, sigue sin observarse datos de recidiva tumoral.

Discusión. El 5-FU tópico es empleado en dermatología como tratamiento de campo de las queratosis actínicas. También se ha estudiado su eficacia en los CCNM del tipo epiteloma basocelular y enfermedad de Bowen. Sin embargo, para el CE solo hemos encontrado descrito su uso de forma intralesional. Bajo nuestro conocimiento, es el primer caso de CE resuelto con 5-FU tópico al 4%.

Conclusión. El excelente resultado clínico observado en este paciente nos hace plantearnos la necesidad de ensayos futuros que permitan estudiar la eficacia del 5 - FU al 4% sobre el CE.

P51. MIXOFIBROSARCOMA DE PARTES BLANDAS: UN RETO DIAGNÓSTICO

P. Blázquez Pérez, A.B. Gargallo Quintero, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, M.V. Signes-Costa Smith, N. Aranda Sánchez, M.J. Carrera Hernández, J.J. Amorós Oliva, P. Recalde Puig, J. Martínez Boix y C. Pérez Hortet

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 58 años que consulta por masa indurada, no adherida a planos profundos, de tres centímetros de diámetro, localizada en cara posterior de miembro superior izquierdo. Se realiza exéresis por parte de Cirugía General con diagnóstico histológico de lipoma de células fusiformes. Dos años después, el paciente consulta por reaparición de la lesión; siendo nuevamente intervenido con diagnóstico de angiomixoma superficial, por lo que es derivado a consultas de Dermatología. Durante el seguimiento por nuestro servicio, el paciente es operado en dos ocasiones más, siendo la lesión definida histológicamente como angiomixoma agresivo. Pese a su extirpación completa, la lesión recidiva nuevamente manifestándose en esta ocasión como una masa dolorosa, indurada e inmóvil. Es intervenido entonces por Cirugía Plástica siendo diagnosticado de mixofibrosarcoma de partes blandas grado tres. Finalmente, pese a tratamiento con quimioterapia y radioterapia, el paciente fallece.

Discusión. Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo heterogéneo e infrecuente de tumores mesenquimales. Su diagnóstico se realiza mediante su estudio histológico, siendo imprescindible

la realización de técnicas de inmunohistoquímica, citogenética y moleculares para la correcta filiación del tumor. La complejidad y heterogeneidad de estos tumores supone un reto diagnóstico a nivel clínico e histológico, lo que puede derivar en un diagnóstico tardío y un peor pronóstico. El mixofibrosarcoma es un tipo de sarcoma de partes blandas que se presenta como una masa asintomática con crecimiento progresivo, siendo en muchas ocasiones indistinguible de quistes o lipomas. Su caracterización histológica es compleja, por lo que ante una alta sospecha clínica es recomendable realizar un seguimiento estrecho del paciente aunque no exista un diagnóstico histológico confirmatorio.

Conclusión. Presentamos un caso de mixofibrosarcoma de alto grado. Esta patología, aunque infrecuente, debe ser conocida por el dermatólogo y descartarse ante masas indoloras de crecimiento progresivo; formando parte del diagnóstico diferencial de quistes y lipomas. Dada la dificultad que entraña su diagnóstico histológico, es recomendable realizar un seguimiento estrecho del paciente ante discordancia clínico-patológica.

P52. EL MITO DE LA ÚLCERA DE MARJOLIN

R.M. Díaz Díaz

Grupo de Eméritos. Academia Española de Dermatología. Madrid. España.

Jean-Nicholas Marjolin (1780-1850) fue un cirujano francés del Hospital Hôtel de Dieu de París. En uno de los capítulos del Dictionnaire de Médecin de 1828 hizo mención al aspecto “queratósico” que pueden adoptar algunas lesiones cutáneas ulceradas crónicas, pero en ningún momento hizo referencia a que dichas lesiones pudieran malignizarse. Fue Caesar Hawkins (1798-1884), un cirujano inglés, quien publicó en 1833 el desarrollo de lesiones epidérmicas malignas sobre úlceras de quemaduras. Esta observación fue confirmada por Dupuytren en 1839. John Chalmers DaCosta (1863-1933), cirujano estadounidense, propuso para el tumor que aparecía sobre una úlcera previa el término “úlcera de Marjolin”. En 1911, John Addison Fordyce (1858-1925) recogió el término úlcera de Marjolin en su obra. Como curiosidad decir que la otra gran pasión de Marjolin fue el cuidado de su jardín. De hecho, una de las rosas presentadas en un concurso lleva su nombre.

P53. EFICACIA DE TIRBANIBULINA TÓPICA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS PIGMENTADAS Y NO PIGMENTADAS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE COHORTES AMBISPECTIVO

J. Clavijo Herrera^a, J.M. Morón Ocaña^a, I.M. Coronel Pérez^a, E.M. Rodríguez Rey^a, C. V. Almeida González^b y A. Pérez Gil^a

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

Antecedentes y objetivos. La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea inducida por la radiación ultravioleta acumulada con una alta prevalencia en personas de edad media y avanzada. Su importancia radica en su frecuencia como motivo de consulta y su carácter premaligno, pudiendo llegar a degenerar en un carcinoma de células escamosas invasivo. Existen múltiples subtipos entre los que se encuentra la QA pigmentada (QAp). El objetivo principal de este trabajo es determinar si existen diferencias en los resultados del tratamiento con pomada de tirbanibulina entre QA clásica (QAc) y pigmentada.

Métodos. Se desarrolló un estudio de cohortes ambispectivo con 50 casos diagnosticados de QAc y/o QAp tratada con tirbanibulina tópica entre junio de 2023 y junio de 2024 en el Área Sanitaria Sur de Sevilla.

Resultados. El 82% de los casos son de sexo masculino. El 98% de los pacientes presentan un fototipo II-III. La localización más frecuente de las lesiones fue cuero cabelludo (28%) y frente (28%). La QAp se localiza con mayor frecuencia en mejillas y nariz que la QAc. Un 14% de pacientes presentó lesiones en más de una localización. El 48% de los sujetos presentó QAp, siendo más frecuente en sexo femenino (66,7%) que masculino (43,9%). Los pacientes con QAc presentaban mayor número de lesiones (media de 5,46) que los pacientes con QAp (media de 2,67). La mediana del tamaño de las lesiones fue 5 mm. La QAc presenta habitualmente un menor tamaño que la QAp. El 82% de los sujetos había realizado tratamiento para QA con otro fármaco previamente al uso de tirbanibulina tópica. El 32% recibió tratamiento con anterioridad en 3 o más ocasiones. No se hallaron diferencias significativas en el número de terapias previas según subtipo. El 90% de los pacientes respondió a tirbanibulina tópica (84,6% en QAc y 95,8% en QAp). Un 71,1% presentó resolución completa de la lesión. La respuesta completa fue más frecuente en QAc (77,3%) que en QAp (65,2%). En los casos de QAp que respondieron, se observó mejoría de la pigmentación en el 100%, con desaparición completa del pigmento en el 27,8%.

Conclusiones. La tirbanibulina tópica es un tratamiento eficaz en QAc y QAp. En QAp, el uso de tirbanibulina induce mejoría tanto de la lesión como de la pigmentación asociada.

P54. MELANOMA EN EDAD PEDIÁTRICA: REVISIÓN DE LA ENTIDAD A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

P. Penanes Alonso^a, V.P. Beteta Gorriti^a, S. Mallo García^b, R. Barros Tornay^a, D. Ruiz Sánchez^a, E. Rodríguez Díaz^a, E.A. Albarrán Coria^a, T. González de las Heras^a, E. Sánchez Romero^a y L. Palacio Aller^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. Asturias. ^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Antecedentes y objetivos. El melanoma en edad pediátrica, considerado como aquel que se da en menores de veinte años, es extremadamente infrecuente. Sin embargo, es el cáncer cutáneo más frecuente en niños. La incidencia de melanoma en niños y adultos jóvenes está en descenso, pero se estima que constituye el 3% de los cánceres infantiles.

Métodos. Se presenta el caso de una paciente de 13 años que consultó por una pápula subcentimétrica en región dorsal central, bilobulada, que presentaba a la dermatoscopia vasos en horquilla y serpiginosos. La lesión fue extirpada con la sospecha clínica de un granuloma piógeno.

Resultados. La pieza mostró una tumoración formada por nidos de células epitelioideas con importante atipia y abundantes mitosis. Con técnicas de inmunohistoquímica se evidenció positividad clara para PRAME, SOX10 y S100 y débil para MELAN-A y HMB45. El Breslow fue de 2,3 mm, con ulceración epidérmica. Se realizó ampliación de márgenes, biopsia selectiva de ganglio centinela con resultado negativo y estudio de extensión mediante ecografía y PET-TC sin hallazgos sugestivos de extensión a distancia. Se diagnosticó por tanto a la paciente de un melanoma en estadio IIB (T3b-N0M0). Dieciocho meses después, la paciente continúa sana sin hallazgos en las revisiones y pruebas de imagen de control.

Conclusiones. El melanoma en edad pediátrica no es habitual en la práctica clínica pero existen casos descritos en la literatura. Su presentación suele ser además en forma de lesión amelanótica e inespecífica, normalmente de aspecto benigno lo que dificulta el diagnóstico. El estadiaje y seguimiento de estos pacientes es complejo por su infrecuencia, por los potenciales efectos de la radiación en ellos y por la ausencia de protocolos claros. Comunicar y reportar estos casos puede facilitar la labor al dermatólogo que se encuentre ante este reto.

P55. MELANOMA MÚLTIPLE. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y LOS TUMORES DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2010 A 2023 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Z. Calvo Ferreira^a, P. Sisó Camarasa^b, F. Vilardell Villellas^c, S. Gatus Calderó^c, X. Soria Gili^a, R. Aguillo Ortiz^a, S. Moreno Palma^a, J. Pérez Manich^d, A. Rodrigo Cáceres^e y R.M. Martí Laborda^a

^aDermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. ^bGrupo de Patología Oncológica. Universidad de Lleida. ^cAnatomía Patológica y Genética Molecular. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ^dDermatología. Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. ^eOncología Médica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción. El aumento de la supervivencia del melanoma facilita que un mayor número de pacientes llegue a desarrollar un segundo melanoma primario. Nuestro objetivo fue describir la frecuencia de melanoma múltiple (MM) y las características de los pacientes y los tumores diagnosticados en nuestro Centro en el periodo 2010-23.

Metodología. Definición de MM: desarrollo de 2 o más melanomas durante la vida. Variables para todos los pacientes: edad, sexo, localización, tipo histológico, Breslow, ulceración, nº de mitosis y estadio (8ª edición de la AJCC). Variables solo para los pacientes con MM: nº melanomas, nº de nevus y síndrome del nevus displásico (SND), antecedentes familiares de SND y melanoma, fototipo, color del cabello y los ojos, genes de susceptibilidad para melanoma. El análisis estadístico se realizó con el programa GraphPad Prism 9.

Resultados. Se incluyeron 889 pacientes, 39 se diagnosticaron de MM (4,38%), con un recuento de 938 melanomas (2-5 tumores en los casos de MM).

Los pacientes con MM presentaron de forma estadísticamente significativa menor grosor de Breslow, índice mitótico y estadio de la AJCC que los pacientes con melanoma único (MU). En los pacientes con MM predominaba el fototipo III (37,5%), ojos claros (59,3%) y cabello oscuro (69,56%). El 41,7% poseía >100 nevus y un 30,8% SND. El 12,5% mostraron antecedentes familiares de melanoma y un 45,8% de SND. Solo en una paciente, que había desarrollado 5 melanomas, se identificó mutación de CDKN2a.

Conclusiones. Nuestros resultados concuerdan con la literatura ya que en los pacientes con MM los tumores se diagnostican en fases más precoces. Una limitación es que el fenotipo y los antecedentes familiares no se compararon con los del grupo de MU. La frecuencia de MM respecto al global de melanoma se sitúa en el límite inferior de lo descrito en la literatura (1,1% y el 20,4%) y solo en una paciente se detectó mutación de CDKN2a. Ello nos hace hipotetizar que el efecto llamada sobre las familias con melanoma familiar que se ha producido en Cataluña desde el S. de Dermatología del Hospital Clínic ha producido que miembros de estas hayan acudido a este centro y no a sus hospitales de referencia si han desarrollado un melanoma durante su vida. Subvencionado por ISCIII/FEDER, "Una manera de hacer Europa" (PI21/00294) y CIBERONC. Este estudio ha sido el TFG de Z. Calvo.

P56. TRATAMIENTO DEL CAMPO DE CANCERIZACIÓN CON TERAPIA SECUENCIAL COMBINADA MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA, LAMPARA LED Y TIRBANIBULINA

A. Lapeña Casado

Dermatología. Hospital Ruber Juan Bravo. Madrid. España.

Introducción. El campo de cancerización cutáneo (CCC) se define como un área multifocal con queratosis actínicas (QA) clínicamente visibles junto con zonas circundantes con células atípicas únicamente diagnosticables por microscopía y focos con queratinocitos genéticamente mutados detectables mediante estudios moleculares.

res como consecuencia de una exposición crónica a la radiación ultravioleta (UV). Los tratamientos dirigidos para el CCC son el diclofenaco, imiquimod (3,75 o 5%), 5-Fluorouracilo (5-FU), la terapia fotodinámica (TFD) y recientemente la tirbanibulina. No obstante, el aumento en la prevalencia del CCC, la ausencia de protocolos consensuados para su manejo y el alto riesgo de progreso a carcinoma espinocelular invasivo (CEC) exigen una mejora en nuestras herramientas terapéuticas.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio de intervención prospectivo en dos pacientes con CCC de alto riesgo en la zona interparietal. Tras la aplicación del fotosensibilizante aminolevulinato de metilo (MAL) se llevó a cabo una sesión de TFD combinándose de forma secuencial luz de día (durante 2 horas de exposición), lámpara LED (12 minutos) e iniciándose a continuación la aplicación tópica de tirbanibulina durante 5 días.

Resultados. En ambos pacientes tras una única sesión combinada secuencial, se consiguió la remisión clínica completa sin signos de recidiva tras 5 meses de seguimiento en consulta. El tratamiento fue bien tolerado sin objetivarse ningún tipo de complicación.

Conclusión. La combinación de TFD con tirbanibulina en una única sesión parece potenciar la efectividad de ambos tratamientos sin comprometer la seguridad terapéutica ni el riesgo de complicaciones. Por una parte, la eficacia de la TFD radica en su acción selectiva sobre las células tumorales quienes tras absorber en mayor proporción el fármaco fotosensibilizante son irradiadas y entran en apoptosis mediante efecto fotoquímico y fototérmico. Por otra parte y de forma secuencial, se aprovechan las propiedades antiproliferativas, antitumorales y antiinflamatorias de la tirbanibulina para aumentar la eficacia terapéutica y disminuir el riesgo de complicaciones como infección, prurito o ulceración.

P57. EXPERIENCIA CON SONIDEGIB EN EL TRATAMIENTO DE MÚLTIPLES CARCINOMAS BASOCELULARES SECUNDARIOS A IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL

A. Diago Irache, M. Álvarez Salafranca, I. Bernad Alonso e Y. Gilaberte Calzada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

La irradiación corporal total forma parte del acondicionamiento mieloablativo previo al trasplante de progenitores hematopoyéticos para el tratamiento de ciertas neoplasias hematológicas. Se ha descrito la predisposición al desarrollo de carcinomas basocelulares (CBCs) en estos pacientes, cuyo tratamiento supone un reto ante el elevado número de lesiones que pueden llegar a desarrollar.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años y un varón de 43 años, ambos con antecedente de leucemia linfoblástica aguda en la infancia, tratados con quimioterapia sistémica, irradiación corporal total y posterior autotrasplante de progenitores hematopoyéticos. La primera paciente presentaba en torno a 50 CBCs localizados en toda la superficie corporal, mayoritariamente de tipo pigmentado y superficial. Se realizó estudio genético de cáncer hereditario, que tan solo encontró variaciones de significado incierto en genes NSD1 y RECQL. Dado el elevado número de lesiones, y tras haber recibido tratamiento previo de alguna de ellas con cirugía e Imiquimod, se decidió tratamiento con Sonidegib 200 mg 5 días a la semana. La paciente recibió 7 meses de tratamiento, con desaparición de todas las lesiones, y con buena tolerancia (destacaron calambres de intensidad leve, y alopecia total de cejas y pestañas). Un año tras la suspensión del tratamiento, la paciente no prestaba nuevas lesiones. El segundo paciente, presentaba entre 120 a 150 CBC, localizados en tronco y extremidades. Se llevó a cabo estudio genético de cáncer hereditario, que mostró mutación patogénica en gen PALB2 y variante de significado incierto en gen TSC2.

Se propuso tratamiento con Sonidegib 200 mg diario durante 2 meses, con posterior espaciamento a días alternos 5 meses más. Res-

pecto de la toxicidad farmacológica, destacaron los calambres y mialgias (que llevaron al espaciamento y finalmente a la suspensión del fármaco), así como alopecia total de cejas. Tras finalizar el tratamiento, se observó una desaparición completa del 80% de las lesiones, con disminución de tamaño de las lesiones persistentes. Sonidegib es una alternativa segura y eficaz en estos pacientes cuyo abordaje quirúrgico o tópico puede estar condicionado por el elevado número de lesiones.

P58. ANGIOSARCOMA CUTÁNEO PRIMARIO, SERIE DE CASOS

I. Ibarrola Hermoso de Mendoza^a, C. Miguel Miguel^a, P. Rodríguez Jiménez^a, M. López de Dicastillo Cía^a, A. Córdoba Iturriagoitia^b y J.I. Yanguas Bayona^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. El angiosarcoma cutáneo es uno de los tumores de piel más letales y de peor pronóstico, con una baja tasa de supervivencia a pesar de tratamiento agresivo. Su baja incidencia y forma insidiosa de presentación, muchas veces inespecífica, derivan en un retraso diagnóstico en estadios avanzados.

Material y métodos. Presentamos una serie de casos de angiosarcoma cutáneo diagnosticados entre 2014 y 2024 en el servicio de dermatología y anatomía patológica conjuntamente. Describimos las presentaciones clínicas e histológicas, el tratamiento propuesto y su evolución.

Discusión. El angiosarcoma cutáneo es un subtipo raro y agresivo de sarcoma de tejidos blandos con opciones de tratamiento subóptimas. La presentación clínica es variable, pero suele aparecer en cabeza y cuero cabelludo, de novo, sobre linfedema crónico o zonas radiadas. El abordaje actual más aceptado, y el único potencialmente curativo es la escisión radical con márgenes libres y radioterapia adyuvante posterior, aunque se asocia a altas tasas de recurrencia y puede acarrear importantes secuelas y complicaciones. La quimioterapia y las terapias dirigidas han tenido un éxito limitado hasta la fecha. Así pues, existe una importante necesidad insatisfecha de abordar la ausencia de tratamientos duraderos para el angiosarcoma avanzado y metastásico. Histológicamente existen tres patrones de diferenciación aunque parece no haber correlación entre el grado de diferenciación y la agresividad del tumor. Los principales diagnósticos diferenciales son el linfoma cutáneo, sarcoma de Kaposi, sarcoidosis, metástasis cutáneas, melanoma, granuloma telangiectásico, tumores anexiales o tumor de Merckel.

Conclusión. Describimos una serie de casos de angiosarcoma cutáneo, tumor infrecuente, recogidos entre 2014 y 2024, su forma de presentación y el tratamiento propuesto en cada caso en función de la lesión y comorbilidades del paciente.

P59. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SOBRE HIDRADENITIS SUPURATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M. Gómez-Olit Pérez, J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez y M. Giménez Cortés

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

Caso clínico. Varón de 66 años diagnosticado de hidradenitis supurativa con afectación exclusivamente glútea corroborada mediante ecografía-doppler y resonancia magnética, en seguimiento desde hace 16 años y en tratamiento con brodalumab durante los 3 últimos años con buena respuesta. A la exploración presenta en región glútea múltiples trayectos fistulosos a la piel, con supuración, pero sin dolor a la palpación, así como lesiones nodulares ulceradas, de borde violáceo y fondo fibrinopurulento de nueva aparición con respecto a su última revisión hace 6 meses. Además, se palpan algunas

adenopatías en región inguinal derecha. Para filiar su origen, se biopsiaron las úlceras para estudio anatomopatológico, que fue compatible carcinoma de células escamosas (CCE). Posteriormente, para estudiar su extensión, se solicitó una punción de las adenopatías, que fue positiva para malignidad, y una tomografía computarizada, donde se objetivaron varias adenopatías a nivel inguinal derecho y en territorio iliaco interno y externo derechos. Así, se desestimó inicialmente el abordaje quirúrgico, consensuándose empezar tratamiento con pembrolizumab buscando la reseabilidad del tumor. Sin embargo, unos meses después, el paciente pasaría a cuidados paliativos y terminaría por fallecer a los pocos días.

Discusión. La hidradenitis supurativa es una enfermedad crónica caracteriza por la aparición de nódulos y abscesos recurrentes, dolorosos y profundos dependientes de las glándulas apocrinas de la piel. Constituye una patología que asocia multitud de comorbilidades, siendo el CCE una asociación que, aunque poco frecuente, es bien conocida, pudiendo beneficiarse de un diagnóstico y tratamiento precoz. Por consiguiente, el presente caso pretende ejemplificar que debe tenerse un alto índice de sospecha ante todo paciente con hidradenitis supurativa de largo tiempo de evolución que desarrolle lesiones tumorales o úlceras cutáneas de evolución tórpida, especialmente si surgen en región anogenital, pues supone el contexto donde más comúnmente aparecen los CCE en los pacientes con hidradenitis.

P60. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON BAJA CARGA TUMORAL GANGLIONAR SECUNDARIA A CÁNCER CUTÁNEO SOMETIDOS A CIRUGÍA CONSERVADORA MEDIANTE TÉCNICA ROLL: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

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

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

Introducción. La técnica de localización radioguiada de lesiones ocultas (ROLL) ha surgido como una alternativa menos invasiva a la linfadenectomía completa en pacientes con metástasis ganglionares únicas o baja carga tumoral ganglionar de cáncer cutáneo. Este enfoque se orienta a reducir las complicaciones quirúrgicas y mejorar la calidad de vida, sin comprometer los resultados oncológicos. Sin embargo, sigue siendo crucial identificar qué pacientes pueden beneficiarse más de esta técnica para optimizar los resultados y minimizar los riesgos asociados.

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es caracterizar el perfil clínico de los pacientes con metástasis ganglionares que han sido sometidos a cirugía conservadora mediante la técnica ROLL, con el fin de mejorar la selección de candidatos adecuados para esta intervención quirúrgica conservadora.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con metástasis ganglionares sometidos a cirugía conservadora mediante la técnica ROLL entre 2021 y 2024. Los criterios de inclusión incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico de metástasis ganglionares únicas, detectadas mediante técnicas de imagen. Se recopilaron datos clínicos y demográficos, las características de los ganglios linfáticos resecaados y las complicaciones postoperatorias. Actualmente, los datos están en proceso de análisis estadístico para identificar patrones que permitan mejorar la selección de pacientes para esta intervención.

Discusión. Este trabajo es pionero en explorar la aplicación de la técnica ROLL en el tratamiento de baja carga tumoral ganglionar, no solo en melanoma, sino también en otros cánceres cutáneos, como el carcinoma epidermoide cutáneo y ciertos linfomas cutáneos. La incorporación de esta técnica en estas patologías podría ofrecer una alternativa menos invasiva, con el potencial de reducir la morbilidad asociada a la linfadenectomía completa. Este enfoque conservador no solo promete mejorar los resultados clínicos, sino también mini-

mizar complicaciones postquirúrgicas, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. Los resultados preliminares de este estudio podrían establecer criterios sólidos para identificar a los candidatos ideales, optimizando la selección de pacientes que se beneficiarían del manejo quirúrgico conservador mediante la técnica ROLL.

P61. EXAMINANDO LA ASOCIACIÓN ENTRE RUXOLITINIB Y EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO AGRESIVO: ¿EXISTE UNA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE CRIBADO?

F. Gruber Velasco, N. Silvestre Torner, M. Dorado Fernández, B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, M. J. Barros Eyzaguirre, D. Hernández de Jesús y E. Vargas Laguna

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

Introducción. Ruxolitinib es un inhibidor selectivo de las quinasas Janus (JAK) que inhibe específicamente JAK 1 y 2. Está aprobado para tratar la mielofibrosis, la policitemia vera (PV) y la enfermedad injerto contra huésped.

Caso clínico. Presentamos el caso de un hombre de 76 años en seguimiento por un carcinoma escamoso cutáneo (CEC) de alto riesgo en la mejilla derecha, que requirió tratamiento quirúrgico. Los antecedentes médicos incluían PV tratada con ruxolitinib desde hace dos años. Durante el seguimiento, se observó una placa indurada en la región preauricular izquierda, para lo cual se prescribió un tratamiento tópico con imiquimod durante seis semanas. Ante la falta de mejoría se practicó una biopsia que confirmó el diagnóstico de CEC invasivo. Se realizó una extirpación quirúrgica en dos etapas reconstruyendo el defecto con dermis artificial. Un mes después de la cirugía, el paciente acude a urgencias por edema y eritema en la región laterocervical ipsilateral. La tomografía computarizada mostró un infiltrado difuso en el tejido subcutáneo cervical. Se realizó una biopsia del cuello que confirmaba el diagnóstico de CEC metastásico. Se optó por iniciar tratamiento con cemiplimab y radioterapia, discontinuando la terapia con ruxolitinib. A pesar del tratamiento radical, el paciente terminó falleciendo por progresión local y a distancia de la neoplasia.

Resultados. Varios estudios han mostrado un mayor riesgo de CEC en pacientes que toman ruxolitinib, aunque los mecanismos precisos permanecen desconocidos. Estas vías pueden incluir una respuesta inmune del huésped distorsionada, la inhibición directa oncogénica a través de JAK2 o una mayor fotosensibilidad a largo plazo. Revisiones adicionales sugieren que los pacientes con CEC que toman ruxolitinib pueden tener un mayor riesgo de desarrollar tumores más agresivos y una peor respuesta a la inmunoterapia. No se ha establecido un programa formal de detección en pacientes que toman ruxolitinib en la práctica clínica.

Conclusiones. Los pacientes en tratamiento activo con ruxolitinib pueden tener un mayor riesgo de desarrollar CEC agresivo. Dada la asociación observada entre la terapia con ruxolitinib y el CEC, es necesario evaluar la necesidad de implementar un programa formal de detección.

P62. MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE; ¿FRENTE A QUÉ NOS ENCONTRAMOS?

V. Linares López^a, J. Clavijo Herrera^a, I.M. Coronel Pérez^a, A.I. Lorente Lavirgen^a, A. Pérez Gil^a y N. Valerdez Menéndez^b

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

Introducción. La melanosis atípica del pie (MAP) fue descrita por primera vez por Nogita et al. en 1994, para describir lesiones pigmentadas acrales con características clínicas sospechosas de melanoma, como gran tamaño, asimétricas y larga evolución, pero cuyos

hallazgos histológicos son demasiado sutiles para hacer un diagnóstico de melanoma in situ.

Caso clínico. Paciente de 51 años que consulta por mancha en talón del pie derecho, de un año de evolución, que parece haber crecido ligeramente.

En la exploración presenta una mácula de dos tonos de marrón de 2 cm, cuya dermatoscopia muestra zonas de patrón paralelo del surco y en la piel más próxima al arco plantar patrón paralelo de la cresta sin ocluir puntos de apertura de acrosiringios. Se realizan dos biopsias, la primera sin alteraciones microscópicas, y ante la falta de correlación clínico-patológica una segunda de la zona más pigmentada, donde se aprecia proliferación de melanocitos atípicos en la unión dermo-epidérmica, recomendándose exéresis completa. Los hallazgos histológicos de la pieza completa fue de escasos melanocitos con atipia leve, de distribución basal compatible con MAP, sin criterios suficientes para el diagnóstico de melanoma.

Discusión. Existen pocos casos descritos en la literatura de MAP, que son lesiones con sospecha clínica de malignidad pero con criterios histopatológicos insuficientes para definir estas lesiones como melanomas in situ. No obstante algunos investigadores han sugerido que la MAP podría representar una fase muy temprana de melanoma acral in situ. En la dermatoscopia la MAP suele presentar patrón paralelo de la cresta, que es bien conocido como un signo muy específico para el diagnóstico de melanoma acral. Es importante realizar más estudios y recopilar más casos para entender mejor la naturaleza de la MAP y su posible relación con el melanoma acral. Además, la dermatoscopia sigue siendo una herramienta muy valiosa, ya que los cambios dermatoscópicos podrían preceder a los histopatológicos. Ante la duda, se recomienda la exéresis completa de la lesión, siempre que sea posible.

P63. SARCOMA DE ALTO GRADO DE CUERO CABELLUDO

D. de la Vega Ruiz, R. Miñano Medrano, F. Pinedo Moraleda, M. Menéndez Sánchez, G. Greta Dradi, J. Simon Griffiths Acha, A. Méndez Valdés, S. de Benito Mendieta, L. Martínez Rozas, G.M. Jumilla Fernández y J.L. López Estebanz

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Introducción. Los sarcomas de partes blandas (SPB) son neoplasias malignas mesenquimales raras que representan solo el 1% de los cánceres en adultos.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de un hombre de 75 años que presentó una lesión en el cuero cabelludo de 5 centímetros de diámetro diagnosticada inicialmente como un quiste triquilemal. A los cuatro meses, la lesión había triplicado su tamaño, por lo que se decide extirpar con el diagnóstico histológico de sarcoma de alto grado, sugiriendo como primera posibilidad un mixofibrosarcoma. Tras un estadiaje completo, no se detectó afectación secundaria. A los dos meses, el paciente presentó una recidiva precoz por lo que fue derivado a nuestra unidad de referencia de sarcomas donde recibió radioterapia preoperatoria y fue intervenido por cirugía maxilofacial y neurocirugía. Se realizó una extirpación en bloque de la lesión, seguida de una reconstrucción craneal. La patología final mostró un mixofibrosarcoma residual con márgenes libres. No hubo afectación en estudios de imagen posteriores. El paciente sufrió complicaciones, incluyendo una infección en la craneoplastia y un neumocéfalo, lo que resultó en paresia e hipoestesis en su pierna izquierda. Actualmente está en rehabilitación, sin signos de recidiva ni a nivel clínico ni en las pruebas de imagen de seguimiento.

Discusión. El mixofibrosarcoma es un subtipo de sarcoma común en adultos, que generalmente afecta a las extremidades y tiene una alta tasa de recidiva local. Su aparición en el cuero cabelludo es excepcional. Histológicamente, presenta un espectro de lesiones malignas fibroblásticas con pleomorfismo, un estroma mixoide y vasos curvilíneos. Su diagnóstico es complejo debido a la falta de

marcadores específicos, requiriendo análisis citomorfológico. El tratamiento se basa en la resección quirúrgica con márgenes amplios y radioterapia adyuvante para reducir las tasas de recurrencia. En casos avanzados, la quimioterapia y/o inmunoterapia han demostrado mejorar la supervivencia.

Conclusiones. Este caso destaca la rareza del mixofibrosarcoma en el cuero cabelludo y la dificultad diagnóstica que presentan los SPB. Recalcar la importancia de estar alerta ante lesiones de este tipo que presenten un crecimiento rápido en personas mayores.

P64. DESCIFRANDO LA MIELODISPLASIA CUTIS

P. Naranjo Álamo^a, B. Roque Quintana^a, M.Á. Limeres González^b, A.B. Felipe Robaina^a, A. Rebolledo Ruiz^a, M.L. Suárez Rizkallal^a, E. Castro González^a e I. Castaño González^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Introducción. La afectación cutánea en síndromes mielodisplásicos es infrecuente, y puede ser en forma de dermatosis inflamatorias o infiltración cutánea que puede indicar progresión a síndrome mieloproliferativo. Presentamos un caso de mielodisplasia cutis (MDC) con una evolución atípica.

Caso clínico. Varón de 67 años con trombocitemia esencial JAK+ en tratamiento con hidroxiurea desde hacía 5 años consultó por lesiones pruriginosas de mes y medio de evolución, acompañadas de distermia. Se observaron placas eritematodescamativas generalizadas, y en la analítica destacó leucocitosis con monocitosis. La biopsia cutánea fue compatible con MDC, con expresión de CD68, CD43, CD163 y MPO, siendo negativa para CD34 y CD117. Se pautó corticoterapia oral, suspendida a los pocos días por sepsis cutánea por *S. aureus*. Tras antibioterapia y control de la infección, se resolvieron las lesiones sin recurrir nuevamente a corticoides. Aunque inicialmente la biopsia de médula ósea (MO) e inmunofenotipo fueron no concluyentes, el paciente empeoró clínica y analíticamente a una leucemia mieloide aguda. Inició tratamiento específico, pero falleció a los dos meses por complicaciones infecciosas.

Discusión. La MDC es una entidad histológicamente similar al síndrome de Sweet histiocitoide (SS-H), pero en el que se detectan anomalías genéticas coincidentes entre el infiltrado mieloide cutáneo y de MO. Si bien las lesiones cutáneas son polimorfas y presentan un diagnóstico diferencial amplio, lo fundamental es diferenciar la MDC y el SS-H de una leucemia mieloide cutis (LMC), pues esta última indica un peor pronóstico. Para ello, se emplean marcadores inmunohistoquímicos y estudios citogenéticos. Por otro lado, está descrito que las lesiones de MDC son corticodependientes. En nuestro caso, a favor de MDC encontramos la histología y una mutación patogénica común en el gen NF1 tanto en el infiltrado cutáneo como en la MO, así como la progresión posterior a leucemia mieloide; sin embargo, la evolución clínica con resolución tras escasas dosis de corticoides y control de la sepsis orientaría a un trastorno reactivo.

Conclusiones. Diferenciar MDC de LMC es una labor compleja que requiere aunar los datos clínicos, analíticos e histológicos. Aunque se supone un mejor pronóstico, se presenta un caso de MDC como signo de progresión de su hemopatía de base a una leucemia mieloide.

P65. AL MELANOMA, NADA SE LE RESISTE: METÁSTASIS MUSCULAR DE MELANOMA DE PRIMARIO DESCONOCIDO

D.J. Sánchez Báez^a, J. Mercader Salvans^a, M. Quetglas Valenzuela^a, A. Viciano Tarife^a, R.N. Rodríguez Rodríguez^b, S. González Hernández^a y M.M. Pestana Eliche^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. El melanoma cutáneo es la sexta neoplasia maligna en Europa y las tasas de incidencia están aumentando en casi todos los países. La agresividad de esta neoplasia se evidencia en que el 40% de los pacientes que fallecen por progresión metastásica son diagnosticados inicialmente como estadios I o II. El presente caso demuestra que este tumor puede metastatizar en cualquier tejido, incluyendo el músculo.

Caso clínico. Mujer de 52 años afecta de melanoma metastásico ganglionar BRAF negativo sin primario conocido que presentaba lesión en espalda de 1 mes de evolución y adenopatía cervical izquierda. Presentaba un nódulo indurado e indoloro de 0,5 cm en borde interno de escápula izquierda, sin otras lesiones sugestivas de malignidad. En la ecografía se apreció imagen nodular esférica hipocogénica entre la hipodermis y la fascia, con señal Doppler periférica. Se realizó exéresis de la lesión con el hallazgo intraoperatorio de un nódulo negruzco sobre las fibras musculares. En la anatomía patológica se describió una proliferación de células epiteloides HMB-45+ atípicas BRAF mutadas con mitosis, algunas de ellas con pigmento melánico citoplasmático, que infiltraba fibras musculares. El diagnóstico fue compatible con metástasis de melanoma en músculo esquelético. En el estudio de extensión se encontraron metástasis pulmonares, cerebrales y renal izquierda.

Discusión. El melanoma representa hasta el 1-3% de todas las neoplasias malignas. Alrededor de un 3% de estos debutan con metástasis sin primario conocido (MSPC). Los MSPC suelen afectar a varones entre los 40 y 50 años, a diferencia de nuestro caso. Las metástasis son más frecuentes en la piel y ganglios linfáticos, siendo la afectación muscular muy infrecuente. Las metástasis musculares del melanoma (MMM) solitarias se dan en el 0,8% de los casos. Esta baja incidencia puede atribuirse al entorno hostil en los músculos para las células neoplásicas. Las MMM suelen manifestarse como una masa palpable y dolorosa. Los músculos paravertebrales y de las extremidades proximales son los más afectados. Algunos casos se diagnostican inicialmente como lipomas, requiriendo la confirmación histológica.

Conclusión. Las metástasis del melanoma son poco frecuentes en el músculo esquelético, pudiéndose confundir con patología benigna. La biopsia debe valorarse ante cualquier masa muscular.

P66. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: SERIE DE CASOS

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

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSPT) es una neoplasia cutánea rara que tiene tendencia a la infiltración cutánea y presenta altas tasas de recidiva local. Presentamos una serie de casos de 11 años.

Objetivos principales. Objetivar la incidencia de casos de DFSPT, caracterizar a la población de pacientes con DFSPT y analizar la forma de abordaje quirúrgico del tumor.

Métodos. Se trata un estudio de serie de casos retrospectivo en el Hospital Universitario de Toledo entre el año 2013 y 2023 incluyendo tanto aquellos casos diagnosticados de forma primaria en el centro como los derivados para abordaje quirúrgico posterior.

Resultados. En el periodo transcurrido entre 2013 y 2023 se han notificado 38 casos de DFSPT. Los años con mayor incidencia de casos han sido 2021 (7 casos) y 2019 (6 casos), y aquellos con menos 2015, 2017 y 2020 con 1 caso cada uno. De todos los casos, 16 se han dado en hombres y 22 casos en mujeres. La edad media ha sido de 46,02 años oscilando en un rango de edad entre 19 y 84 años. La

localización más frecuente ha sido clavicular izquierda (5 casos), seguido de miembro inferior derecho (4 casos) y lumbar derecha (3 casos) y región cefálica (3 casos). Veinte de los casos se han notificado en hemicerpo izquierdo y 13 en hemicerpo derecho. Con respecto al abordaje quirúrgico 23 de los pacientes han sido sometido a cirugía de Mohs diferida por parte de Dermatología, 9 han sido intervenidos por Cirugía Plástica, 4 por Cirugía General y Aparato Digestivo y 2 por Traumatología. En 21 de ellos se realizó un cierre directo, 1 cierre directo modificado, 7 plastia, 7 injertos y en 2 de ellos desconocemos la técnica. En los últimos 5 años predomina la realización de cierres directos (14 casos).

Conclusiones. La incidencia de DFSPT se ha mantenido estable a lo largo de los 11 años con dos picos de incidencia en 2019 y 2021. Existe un leve predominio del sexo femenino con un mayor número de casos en edades medias de la vida (30-50 años). La localización más frecuente es clavicular izquierda, con un predominio de los casos por el hemicerpo izquierdo. La mayor parte de los casos han sido intervenidos quirúrgicamente por parte de Dermatología realizando cirugías controladas a microscopio facilitando, así, la mayor tendencia a realizar cierres quirúrgicos simples objetivada en los últimos años.

P67. PATRÓN EN ARCO IRIS EN DERMATOSCOPIA DE TUMORES MALIGNOS DISTINTOS AL SARCOMA DE KAPOSI

P. Martínez Arredondo, I.M. Coronel Pérez, J.M. Morón Ocaña, V. Linares López, J. Clavijo Herrera y A. Pérez Gil

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

Antecedentes y objetivos. El patrón en arco iris (PA) es una manifestación dermatoscópica policromática observable exclusivamente con luz polarizada que resulta de la interacción de la luz en diferentes estados de polarización con los componentes estructurales de la dermis, reflejando tanto la red vascular como su combinación con elementos fibrosos.

Métodos. Se incluyeron cuatro pacientes con tumores cutáneos malignos distintos (melanoma, carcinoma de células de Merkel, carcinoma basocelular y fibroxantoma atípico), todos con PA en la exploración dermatoscópica y localizados en cara y cuero cabelludo.

Resultados. Inicialmente descrito como altamente específico del sarcoma de Kaposi (SK), estudios recientes demuestran que el PA es un fenómeno relativamente inespecífico, observable en diversas lesiones cutáneas, si bien las estructuras vasculares tienden más a interactuar con la luz polarizada. Por otro lado, aunque se asocia con la presencia de vascularización aberrante, su presencia no puede considerarse por sí sola un indicio definitivo de malignidad. En nuestro caso, todos las lesiones presentaron el PA a la exploración dermatoscópica, a pesar de que ninguna era de origen vascular. Además, los cuatro tumores se localizaban en la cara y el cuero cabelludo, en contraste con la mayoría de los casos publicados, donde la localización más frecuente son las extremidades inferiores. En cuanto a la explicación histopatológica, se ha sugerido que la caótica neoangiogénesis característica de estos tumores podría ser responsable de la aparición del PA. En el caso del carcinoma basocelular, se ha propuesto que este patrón se debe a la interacción entre la luz polarizada y las estructuras vasculares y fibrosas. Además, es importante destacar que, en el contexto de lesiones melanocíticas, la detección de este patrón predice con alta probabilidad la presencia de melanomas gruesos.

Conclusiones. El PA, aunque inicialmente vinculado al SK, es un fenómeno óptico inespecífico que puede observarse en una amplia variedad de lesiones cutáneas. Si bien no debe considerarse un marcador exclusivo de malignidad, debe interpretarse en el contexto clínico del paciente, especialmente en lesiones de alto riesgo dada la necesidad de un manejo diagnóstico y terapéutico precoz.

P68. CARCINOMA SEBÁCEO EXTRAOCULAR: UNA LOCALIZACIÓN NO TAN INFRECUENTE EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

A.A. Cabanillas Cabral^a, S. Becerril Andrés^a, S. Rodríguez Conde^a, L. Bejarano Antonio^a, Á. Santos-Briz Terrón^b, J. Cañueto Álvarez^a y G. Baeza Hernández^a

^aDermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

^bAnatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Los pacientes con inmunosupresión mantenida presentan un mayor riesgo de desarrollo de neoplasias cutáneas. El carcinoma sebáceo (CS) es una neoplasia rara de localización típicamente periocular, siendo menos habitual en otras localizaciones. **Caso clínico.** Un varón de 72 años, trasplantado renal 10 años antes en tratamiento con tacrólimus, micofenolato y prednisona, presentó una nueva lesión en la región pectoral en una revisión rutinaria dermatológica. A la exploración física identificamos una pápula firme eritematosa de 5 mm de tamaño parcialmente ulcerada. Se realizó biopsia-extirpación con punch con resultado histológico de CS de localización extraocular versus metástasis de adenocarcinoma. En el estudio inmunohistoquímico se objetivó pérdida de expresión de MSH-2 y MSH-6.

Dado el resultado histológico, se realizó reextirpación de la cicatriz con cirugía con control de márgenes y reconstrucción mediante cierre directo, sin objetivar células tumorales remanentes en el lecho quirúrgico, y se remitió a Medicina Interna para estudio de extensión que fue negativo, descartando que se tratara de una metástasis cutánea de un adenocarcinoma.

Discusión. El CS constituye una tumoración anexial maligna muy poco frecuente, con un carácter agresivo. Estos tumores pueden aparecer de forma esporádica o presentarse en el contexto de síndromes que condicionan una mayor susceptibilidad al desarrollo de neoplasias, como el síndrome de Muir-Torre, siendo más habitual en este último la presentación en forma extraocular.

Además, es más frecuente encontrarlo en pacientes inmunosuprimidos, siendo una de las neoplasias que experimentan un mayor incremento en su incidencia. Estos pacientes desarrollan la neoplasia típicamente en localizaciones extraoculares, a diferencia de lo que ocurre en la población general.

El diagnóstico clínico de este tipo de tumores a menudo es complejo. Aunque se han descrito algunas estructuras dermatoscópicas recurrentes, el diagnóstico de certeza requiere de una valoración histológica. El tratamiento de elección es la cirugía con control de márgenes.

Conclusiones. El carcinoma sebáceo es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, a menudo en localización extraocular. Estos pacientes requieren de un seguimiento dermatológico adecuado para la identificación de estas neoplasias en estadios iniciales.

P69. POROCARCINOMA ECRINO: SERIE DE 3 CASOS

J. Martín Nieto^a, B. Rodríguez Sánchez^a, M. Córdoba García-Rayó^a, N. Medrano Martínez^a, D. Virseda González^a, L. Jiménez Briones^a, M. de la Puente Alonso^a, L. Zamorro Díaz^a, E. Hernández de la Torre Ruiz^a, L. Barchino Ortiz^a, G. Ibarra Paniagua^b, V. Parra Blanco^c, F. Arias Lotto^c, R. Suárez Fernández^a y A. Pulido Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Plástica. ^cServicio de Anatomía Patológica. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El porocarcinoma ecrino (PE) es un tumor maligno originado en la porción intraepidérmica de las glándulas sudoríparas ecrinas, raro y poco documentado. Su localización más frecuente incluye los miembros inferiores, cabeza y cuello en

pacientes de edad avanzada. Debido a la baja casuística, la mayoría de las publicaciones son casos aislados o pequeñas series, sin existir una guía de tratamiento estandarizada. En este trabajo, presentamos tres casos con el objetivo de describir sus características clínicas, histológicas y el manejo realizado.

Métodos. Análisis retrospectivo de tres pacientes con PE en nuestro centro entre 2015 y 2023. Se recopilaron datos clínicos, histopatológicos, quirúrgicos y terapias complementarias. Todos los casos fueron confirmados mediante análisis histológico.

Resultados. Los tres pacientes, dos mujeres y un hombre, de entre 73 y 88 años, presentaron lesiones nodulares en la zona lumbar y talón en dos casos, mientras que el tercero presentó una placa ulcerada en la región glútea. El tamaño de las lesiones varió entre 35 y 75 mm. El análisis histológico mostró una proliferación de células cuboidales atípicas con diferenciación ductal. Un caso se limitó a la epidermis, mientras que el resto presentaron un patrón expansivo de crecimiento con invasión de 3 y 15 mm, respectivamente. No se detectó invasión linfovascular en ninguno de los casos. Todos los pacientes fueron tratados con cirugía. En el caso con mayor profundidad de invasión, se realizó una linfadenectomía inguinal y reconstrucción con colgajo sural. Ninguno de los pacientes recibió radioterapia adyuvante, y no se detectaron metástasis ganglionares ni en otras localizaciones durante el seguimiento. El último caso ha sido recientemente diagnosticado de una recidiva local.

Conclusiones. El PE es una neoplasia agresiva, pero tratable. El tratamiento inicial consiste en una resección quirúrgica con márgenes de entre 3 y 5 mm, considerando cirugía de Mohs en patrones infiltrativos o pagetoide. En casos con factores de mal pronóstico, se debe considerar la biopsia selectiva del ganglio centinela y/o la linfadenectomía, por el riesgo de diseminación linfática. Cuando se presenta con afectación metastásica linfática o visceral, el PE se comporta de manera más agresiva, por lo que debe valorarse el tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia.

P70. CARCINOMA ANEXIAL CUTÁNEO CON DIFERENCIACIÓN APOCRINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Carrero Martín^a, S. Reyes García^a, Á. Núñez Domínguez^a, M. López Pando^a, R. Santos-Juanes Galache^a, B. Vivanco Allende^b, M. Rubiera Valdés^b, L. Requena Caballero^c, C. Galache Osuna^a y J. Santos-Juanes Jiménez^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ^cDermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma anexial cutáneo con diferenciación apocrina es una neoplasia maligna rara con mal pronóstico, siendo habitual una historia prolongada antes del diagnóstico. No existen pautas uniformes de tratamiento; aunque existe algún caso tratado con quimioterapia o terapias dirigidas. Presentamos un paciente con un carcinoma anexial cutáneo con diferenciación apocrina con buena respuesta al tratamiento combinado de quimioterapia con terapia dirigida.

Caso clínico. Varón de 66 años remitido por lesiones cutáneas en brazo derecho de 2 años de evolución, que atribuye a la vacuna del COVID-19. A la exploración presentaba una placa eritematosa inducida a la palpación. La biopsia cutánea evidenció una lesión epitelial maligna dérmica con abundantes embolismos vasculares e infiltración de la epidermis. El perfil inmunohistoquímico reveló positividad para BER-EP-4, GATA-3, citoqueratina 7, 16 y p16. Se planteó como diagnóstico un tumor anexial primario cutáneo de perfil apocrino o una metástasis. Se realizó una ecografía ganglionar axilar en la que se identificaron adenopatías, con muestra insuficiente para diagnóstico en la biopsia. Se solicitó PET-TAC en el que no se observó ninguna neoplasia ni metástasis a distancia. En onco-

logía se solicitó estudio de HER2 y PDL1, presentando HERCPTTEST positivo en más del 10% de las células tumorales. Debido a la irsecabilidad del tumor, se decidió iniciar tratamiento dirigido mediante trastuzumab y paclitaxel cada 3 semanas, requiriendo la suspensión de este último por neuropatía. Después de 17 ciclos de tratamiento con aplanamiento de las lesiones cutáneas, se observó una discreta progresión local, realizando nueva biopsia con características histopatológicas similares, pero con HER2 negativo. En el último TAC las adenopatías axilares se mantenían estables y no se evidenciaba enfermedad sistémica. Dado que la mayor parte de la enfermedad cutánea seguía controlada, se acordó mantener trastuzumab trisemanal.

Discusión. Presentamos un paciente con un carcinoma anexial cutáneo con diferenciación apocrina, un tumor muy infrecuente. Se ha descrito que estos tumores pueden presentar amplificación de HER2, existiendo casos que presentaron beneficio a la quimioterapia añadiendo tratamiento dirigido antiHER2. Por ello, se solicitó añadir trastuzumab, encontrando mínima progresión de las lesiones un año y medio después.

P71. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CONGÉNITO DE DIAGNÓSTICO EN LA EDAD ADULTA

G. Marrero Alemán, M.N. Hernández Hernández, H.J. Morales Moreno, R. Fernández de Misa Cabrera y J. Suárez Hernández

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

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de origen fibrohistiocitario de grado intermedio de malignidad, poco frecuente en la infancia. Su aparición congénita está descrita, con una presentación clínica variable. Presentamos un caso congénito atípico con diagnóstico en la edad adulta.

Caso clínico. Varón de 26 años, sin antecedentes personales de interés, que refería presentar una lesión en cuero cabelludo desde hacía muchos años con crecimiento lento, asintomática. A la exploración física se objetivaba en área parietal izquierda, una placa normocoloreada muy mal delimitada conformada por varios nódulos, de aproximadamente 7,5 cm de diámetro, de consistencia aumentada y bordes poco netos, sobre un cuero cabelludo grueso. Se realizaron dos biopsias que mostraron una proliferación de células fusiformes de distribución estoriforme, con escaso pleomorfismo y sin mitosis, CD34+ y Factor XIIIa-. Mediante técnica de FISH se confirmó la presencia de la traslocación COL1A1-PDGFB. Indagando en el origen de la lesión, el paciente aportó informes antiguos de su pediatra donde se describía un área deprimida congénita en cuero cabelludo diagnosticada de "atrofia cutis", siendo años después catalogada de "lesiones quísticas", por lo cual el paciente no profundizó en su estudio. La estadificación no evidenció enfermedad extracutánea y se realizó una cirugía de Mohs en diferido, precisando 2 pases con márgenes libres y sin recurrencia en la actualidad.

Discusión. El DFSP es un tumor mesenquimal poco frecuente localmente agresivo con una alta tasa de recurrencia, habitualmente en adultos entre 20 y 50 años, localizado principalmente en tronco y raíz de miembros. Existen pocos casos de aparición congénita, siendo su diagnóstico clínico muy difícil dada su presentación inespecífica como áreas atróficas o morfeiformes. En la literatura se describen casos congénitos aislados diagnosticados en la edad adulta, influyendo en este retraso diagnóstico la confusión con otras entidades benignas y su posible localización en áreas ocultas, como en el presente caso.

Conclusiones. El DFSP congénito o infantil presenta unas características clínicas muy variables, por lo que la falta de sospecha puede retrasar su diagnóstico hasta la edad adulta, traduciéndose en cirugías agresivas.

P72. DIFERENCIAS EN LA BSGC SEGÚN LA EDAD: RESULTADOS DE UNA COHORTE DE UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Silvestre Torner^a, E. Vargas Laguna^a, A. López Martín^b, A. Garrido García^b, E. García de Castro Rubio^c, E. Ramiro Arcediano^c, P. García Vicente^d, D. Hernández de Jesús^a, M.J. Barros Eyzaguirre^a, B. Romero Jiménez^a, C. Axpe Gil^a y F. Gruber Velasco^a

Servicios de ^aDermatología, ^bOncología, ^cGinecología y ^dOtorrinolaringología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Aunque en los últimos años su papel se encuentra en debate, la biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) se considera el *gold standard* para la estadificación ganglionar de los pacientes con melanoma cutáneo (MC). El objetivo de este estudio es describir las indicaciones, resultados y complicaciones de las BSGC en 2 grupos de pacientes según edad.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional de los pacientes sometidos a BSGC en el Hospital Severo Ochoa durante el año 2023. La cohorte se dividió en 2 grupos: < 75 años y ≥ 75 años. Las variables del estudio incluyeron las características histológicas del MC, estación de drenaje del GC (esperable/aberrante), número de GC, complicaciones quirúrgicas, así como el cambio en el seguimiento y/o tratamiento según el resultado de la BSGC.

Resultados. Durante el año 2023 se realizaron 21 BSGC. La edad media de los pacientes fue de 63,76 años. Doce BSGC se realizaron en pacientes < 75 años y 9 en ≥ 75 años. El porcentaje de melanomas gruesos (≥ pT3b) en ambos grupos fue similar (22% vs. 25%). En el grupo de pacientes < 75 años, 2/11 casos presentaron drenaje aberrante (múltiple y/o diferente al esperado) frente a 0/11 casos en los ≥ 75 años. La media del número de ganglios analizados fue de 3 ganglios en < 75 años frente a 2,5 ganglios en ≥ 75 años. El 41,6% de las BSGC fueron positivas en < 75 años frente al 22% en ≥ 75 años. El 33% de los pacientes presentaron complicaciones en ambos grupos. El 50% de los pacientes ≥ 75 años con BSGC positiva recibieron tratamiento adyuvante frente al 100% de los pacientes con BSGC positiva del grupo < 75 años.

Conclusiones. Se ha postulado que la positividad de la BSGC se reduce con la edad. Se desconoce si se debe a una menor sensibilidad de la prueba en estos pacientes o a un comportamiento biológico diferente del tumor. Sin embargo, una serie española reciente muestra una positividad mayor en pacientes con edad ≥ 75 años. En nuestra serie, la positividad fue mayor en pacientes < 75 años, así como supuso mayor número de cambios en la actitud terapéutica en este mismo grupo de pacientes. El número de complicaciones fue similar en ambos grupos. Con esto, consideramos que la edad no debería ser un factor limitante a la hora de proponer a un paciente una BSGC.

P73. TOXICIDAD UNGUEAL POR FÁRMACOS ANTIFACTOR DE CRECIMIENTO DERIVADO DE FIBROBLASTOS: SERIE DE 2 CASOS

B. Rodríguez Sánchez, J. Martín-Nieto González, L. Jiménez Briones, N. Medrano Martínez, M. Córdoba García-Rayó, D. Virseda González, M. de la Puente Alonso, L.Á. Zamarro Díaz, A. Fuentes Bellas, D. de Ramón Rueda, A. Pulido Pérez y R. Suárez Fernández

Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. Los inhibidores de factor de crecimiento derivado de fibroblastos (FGFR), son terapias dirigidas para neoplasias con alteraciones en la vía FGFR. Los fármacos incluyen infigratinib, erdafin-

tinib, derazantinib, pemigatinib, y futibatib, aprobados para carcinoma urotelial metastásico y colangiocarcinoma irreseccable. Estos, igual que otras terapias dirigidas, pueden provocar toxicidad cutánea y ungueal debido a su interferencia con vías de señalización esenciales para la homeostasis de la piel. Las más frecuentes son onicopatía, eritrodismestesia palmoplantar y estomatitis¹. Presentamos dos casos de toxicidad ungueal asociada a anti-FGFR.

Caso 1. Varón de 42 años con colangiocarcinoma irreseccable, en tratamiento con pemigatinib. Remitido a Dermatología por toxicidad ungueal. También presentaba eritrodismestesia palmoplantar y mucositis como toxicidades dermatológicas. Refería supuración en uñas de las manos. Presentaba onicodistrofia en las 20 uñas e inflamación periungueal. Se pautaron fomentos con sulfato de zinc y clobetasol crema, con mejoría parcial. Tras suspensión del tratamiento por progresión tumoral la clínica remitió. **Caso 2.** Mujer de 72 años con colangiocarcinoma irreseccable en tratamiento con pemigatinib. Derivada a Dermatología por onicopatía que comenzó 2 meses tras el inicio del fármaco. Refería limitación para actividades básicas. Presentaba onicólisis e inflamación periungueal en todas las uñas. Se pautó tratamiento con sulfato de zinc, clobetasol crema y clindamicina, con mejoría parcial. Tras suspensión del tratamiento por progresión tumoral, la clínica remitió.

Discusión. La toxicidad ungueal en pacientes tratados con anti-FGFR es frecuente, afectando a 58-61% de los pacientes. Suele comenzar 1-2 meses tras el inicio del tratamiento. Las formas más frecuentes son onicólisis (16-28%), paroniquia (17-33%), distrofia ungueal, onicomadesis, líneas de Beau y onicosquicia. El tratamiento incluye fomentos secantes, antiinflamatorios, antibióticos e incluso avulsiones ungueales. A veces es muy limitante y obliga a reducir la dosis o suspender temporalmente el fármaco (en 33-40%).

Conclusiones. Es esencial conocer la toxicidad ungueal de los anti-FGFR, su impacto en la calidad de vida y las opciones de manejo, además de promover un enfoque multidisciplinario en su atención.

P74. VÍAS BIOLÓGICAS CLAVE EN LA PROGRESIÓN DE PIEL NO FOTODAÑADA A QUERATOSIS ACTÍNICA: UN ANÁLISIS DE EXPRESIÓN GÉNICA

T. Torres Moral^a, G. Tell Martí^a, J. Bagué^a, J. Mateu^a, J. Mavehy^a, L. Prieto^b y S. Puig^a

^aUnidad de melanoma. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

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

Antecedentes y objetivos. La progresión de la piel no fotodañada (PNF) a piel fotodañada (PF) y, finalmente, a queratosis actínica (QA), está asociada a cambios moleculares significativos. Factores como la disfunción mitocondrial, alteraciones del ciclo celular y defectos en la reparación del ADN juegan un papel clave en este proceso. El objetivo de este estudio es identificar las principales vías biológicas implicadas en esta transición mediante análisis de expresión génica, para comprender mejor la etiopatogenia de la QA.

Métodos. El estudio incluyó 30 pacientes (10 mujeres y 20 hombres, de 41 a 92 años), de quienes se obtuvieron 59 muestras: 14 de PNF, 14 de PF, 15 de campo de cancerización (CC) y 16 de QA. Las biopsias fueron analizadas mediante secuenciación de ARN para analizar la expresión génica diferencial, utilizando el enfoque DEARSeq, ajustado por sexo y emparejado por paciente. Se identificaron las vías biológicas afectadas en los genes con expresión diferencial significativa (GED, $p < 0,05$) mediante la plataforma Cytoscape.

Resultados. Entre las muestras de PNF y PF, se identificaron 846 GED, principalmente asociados con vías relacionadas con la energía celular y la subunidad ribosomal grande. En la comparación entre PF y CC, se encontraron 22,906 GED involucrados en vías de energía celular, subunidad ribosomal, actividad antioxidante, reparación del ADN, metabolismo del ARN, síntesis proteica y respuesta inmune innata.

Finalmente, entre CC y QA, se identificaron 3,947 GED relacionados con el ciclo celular, reparación del ADN, síntesis de proteínas, formación de melanosomas, matriz extracelular y metabolismo del ARN.

Conclusiones. Este estudio revela que la transición de PNF a PF se asocia con alteraciones en vías de energía celular, mientras que la progresión a QA implica cambios en la reparación del ADN, el metabolismo del ARN y la síntesis de proteínas, confirmando el impacto de la radiación UV en la disfunción del ADN y el estrés oxidativo. Además, se observaron alteraciones en vías mitocondriales y antioxidantes, resaltando la importancia de los mecanismos de defensa celular en las primeras etapas del daño cutáneo. Estos hallazgos son consistentes con la literatura existente. Futuras investigaciones deberán validar estos resultados y explorar el impacto de las características clínicas en la progresión de la enfermedad.

P75. CARCINOMA DE MERKEL IN SITU Y CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU: ¿PAREJA DE CASUALIDAD?

M. Mir Bonafé^a, G. González López^b, N. Izquierdo Herce^a, A. Giacaman Contreras^a y A. Martín Santiago^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una neoplasia neuroendocrina cutánea infrecuente que típicamente aparece en personas con piel fotodañada y en inmunodeprimidos. En el 80% de los casos se detecta un virus integrado, el poliomavirus de células de Merkel (PVCV). En torno al 5-14% de los casos coexiste con tumores distintos, en particular el carcinoma escamoso (CEC).

Presentamos el caso de una mujer de 88 años, con antecedentes de varios CECs. Consulta por una pápula milimétrica en la punta nasal, eritematosa, con una zona queratósica. Se lleva a cabo la exéresis de la lesión. El estudio histopatológico revela, en el seno de un CEC in situ, la presencia de algunos nidos situados en la mitad inferior de la epidermis con diferenciación neuroendocrina, siendo negativas para PVCV. Ante estos hallazgos, se llega al diagnóstico de CEC in situ en combinación con un CCM in situ, por lo que se decide ampliar 5 mm la cicatriz.

Se reconocen dos tipos de MCC: dependiente de PVCV e independiente del PVCV. La vía independiente del PVCV se asocia al exceso de radiación ultravioleta. Estos tumores CEC/CCM combinados suelen ser negativos para el PVCV. Estas características hacen que estos tumores se comporten de forma más similar al CEC y al CCM PVCV negativo que al CCM clásico PVCV positivo. Se postula que sería un CEC relacionado con la exposición ultravioleta que adquiere diferenciación neuroendocrina. Y, además, que el componente in situ sea encontrado solo en una pequeña proporción de casos de CCM, refuerza esta hipótesis.

P76. MEJORÍA DE QUEILITIS ACTÍNICA TRAS APLICACIÓN DE TIRBANIBULINA 1% POMADA

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

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

La queilitis actínica es una afección inflamatoria crónica que afecta principalmente el labio inferior debido a la exposición prolongada a la radiación ultravioleta (UV) del sol. Se caracteriza por sequedad, descamación, eritema, y en etapas avanzadas, la aparición de lesiones blanquecinas, áreas costrosas o atróficas. Es considerada una lesión precancerosa que debe ser tratada por su potencial riesgo de progresión a carcinoma de células escamosas. El tratamiento debe ser personalizado según la extensión de la queilitis, el riesgo

de progresión y las preferencias del paciente. Además de las necesarias medidas de fotoprotección, tradicionalmente se han empleado distintas modalidades terapéuticas incluyendo crioterapia, terapia fotodinámica, procedimientos láseres ablativos, o incluso intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, en los últimos años han cobrado fuerza las alternativas menos invasivas como la aplicación tópica de 5-Fluorouracilo tópico (5-FU) o imiquimod. Estas terapias permiten el tratamiento del campo de cancerización en su conjunto en lugar de abordar de forma selectiva solamente las áreas con daño visible. El tratamiento del fotodaño subclínico es fundamental para prevenir la formación de nuevas lesiones premalignas, del mismo modo que ocurre con las queratosis actínicas en piel crónicamente expuesta a la radiación UV. De esta manera, se puede reducir el riesgo de desarrollo de cáncer cutáneo.

La tirbanibulina es un fármaco tópico aprobado recientemente para el tratamiento de la queratosis actínica (QA) en el rostro o el cuero cabelludo. Tiene efectos antiproliferativos *in vitro* e *in vivo*, actuando como diana principal sobre las tubulinas α y β . Según ficha, su área máxima de aplicación es de 25 cm². La principal ventaja sobre otros productos tópicos es la menor duración del tratamiento y su menor irritación local. Presentamos el caso de dos pacientes en los que se prescribió tirbanibulina 1% en pomada para el tratamiento de queratosis actínicas que, habiendo sido instruidos para aplicarla en las áreas de piel "rasposas", extendieron su aplicación a la descamación presente en la semimucosa labial. Ambos pacientes obtuvieron mejoría de la queratosis actínica asociada sin eventos adversos. Se precisan estudios para corroborar la seguridad de cambiar la superficie de aplicación aprobada en ficha técnica.

P77. SERIE DE CASOS DE CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO AVANZADO EN TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB

C. Miguel Miguel^a, A. Sádaba Martínez^b, I. Ibarrola Hermoso de Mendoza^a, P. Rodríguez Jiménez^a, M. López de Dicastillo Cía^a, M. Azcona Rodríguez^a y J.I. Yanguas Bayona^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Antecedentes y objetivos. Las guías más recientes para el manejo del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) avanzado han incorporado los inhibidores de PD-1, cemiplimab y pembrolizumab, como primera línea de tratamiento en pacientes no subsidiarios a tratamiento curativo. Se incluye en el concepto CEC avanzado tanto los CEC localmente avanzados como los metastásicos. Se define como CEC localmente avanzado aquel tumor que no es potencialmente curable mediante tratamientos convencionales (cirugía, radioterapia o una combinación de ambos) tras ser discutido en un comité multidisciplinar, o cuando la cirugía conllevaría secuelas funcionales o estéticas inaceptables. El CEC metastásico, por otro lado, se refiere al tumor que ha diseminado más allá de su localización cutánea primaria.

Métodos y resultados. Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye a pacientes con CEC avanzado tratados con pembrolizumab en nuestro centro durante los últimos años. Se analizaron parámetros demográficos de los pacientes, características del tumor primario, modalidades de tratamiento previas, tiempo hasta la progresión a CEC avanzado, respuesta al tratamiento con pembrolizumab y la incidencia de efectos adversos.

Conclusiones. Los resultados preliminares destacan la estabilización de la enfermedad avanzada en algunos pacientes, logrando una buena calidad de vida. Estos hallazgos son especialmente relevantes debido a la escasez de estudios que aporten datos sobre el uso de inhibidores de PD-1 en la práctica clínica real, los cuales se limitan a pequeñas series de pacientes o comunicaciones de casos clínicos individuales. Un porcentaje considerable de pacientes con

CEC avanzado no son candidatos para participar en ensayos clínicos, lo que resalta la importancia de evaluar los resultados obtenidos en la práctica clínica habitual.

P78. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE CARCINOMAS ESCAMOSOS DE LABIO CON ALTO RIESGO DE RECIDIVA: SERIE DE CASOS

C. Tienza Fernández, P. Luque Varela, A. Carmona Oliveira y E. Herrera Acosta

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

Objetivos. Evaluar las características clínicas e histopatológicas que predisponen a la recidiva del carcinoma escamoso infiltrante de labio.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de 56 pacientes diagnosticados con carcinoma escamoso infiltrante de labio entre 2018 y 2024. Se analizaron las características clínicas e histológicas asociadas a un mayor riesgo de recidiva.

Discusión. De los 56 pacientes estudiados, 10 presentaron recidiva clínica (17,85%). Las características de los tumores sin recidiva fueron las siguientes: tamaño tumoral medio de 1,46 cm, espesor tumoral medio de 2,94 mm y profundidad media de invasión de 1,89 mm. No se detectó invasión vascular en ningún caso, aunque se observó invasión perineural en 4 casos (8,7%). En cuanto a los tumores que presentaron recidiva, las características fueron: tamaño tumoral medio de 3,1 cm, espesor tumoral medio de 5,05 mm y profundidad media de invasión de 3,81 mm. No se observó invasión vascular en ningún caso, pero se identificó invasión perineural en 2 casos (20%).

Conclusiones. Los carcinomas escamosos infiltrantes de labio son tumores relativamente frecuentes, agresivos y con un alto potencial de mortalidad. La identificación de las características clínicas e histopatológicas que predisponen a la recidiva puede guiar la implementación de terapias adyuvantes, como la radioterapia, la realización de pruebas complementarias como la ecografía, o bien una intervención quirúrgica más radical. Estas medidas pueden reducir significativamente el riesgo de recidiva y la morbilidad y mortalidad asociadas.

P79. RUXOLITINIB Y CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA: SERIE DE 3 CASOS

I. Valladares Millán^a, M.I. Fernández Canedo^a, M.I. Mata Vázquez^b y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Hematología. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. El ruxolitinib es un inhibidor de kinasa JAK empleado como tratamiento oral de primera línea para neoplasias mieloproliferativas crónicas con mutación de JAK-2 como la policitemia vera y la mielofibrosis. En los ensayos clínicos, su uso se ha relacionado con un incremento estadísticamente significativo de riesgo de infección por herpes zóster y de desarrollo de cáncer de piel no melanoma (CPNM). Presentamos los casos de 3 pacientes que han desarrollado CPNM tras iniciar este tratamiento.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 78 años sin antecedentes de CPNM con mielofibrosis primaria JAK-2 negativa sin tratamiento previo que, tras 6 años de recibir el fármaco, desarrolló un carcinoma escamoso cutáneo (CEC) en cuero cabelludo. La histología mostró un CEC bien diferenciado de 16 mm. Se realizó cirugía radical y radioterapia (RT) adyuvante por afectación de margen profundo.

Caso 2: varón de 70 años con antecedentes de CPNM y mielofibrosis postpolicitemia vera JAK-2 positiva, en tratamiento previo con INF pegilado y posteriormente con ruxolitinib durante 6 años que presentó un CEC supraciliar izquierdo y otro parietal derecha con de-

sarrollo posterior de metástasis ganglionar intraparotídea derecha. Se realizó exéresis radical de los tumores primarios y vaciamiento ganglionar con parotidectomía. Se desestimó RT adyuvante. Caso 3: varón de 73 años con antecedentes de CPNM, con mielofibrosis primaria JAK2 positiva en tratamiento previo con hidroxiurea, que recibió ruxolitinib durante 1 año desarrollando varios CEC en cuero cabelludo y un carcinoma de células de Merkel en esta misma localización con afectación ganglionar. Se realizó exéresis radical de los tumores primarios y vaciamiento ganglionar con parotidectomía, además de RT adyuvante en el lecho del primario y cadena ganglionar afecta por el carcinoma de células de Merkel.

Discusión. El tratamiento prolongado con ruxolitinib parece estar relacionado con un incremento del riesgo de desarrollo de carcinomas escamosos agresivos y también de carcinoma de células de Merkel. El tratamiento con ciclosporina, azatioprina y corticoides durante más de dos semanas se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollo de CPNM. Estos hallazgos subrayan la importancia de realizar una vigilancia cutánea rigurosa en pacientes en tratamientos prolongados con inhibidores de JAK.

P80. TRATAMIENTO DE QUEILITIS ACTÍNICA CON TIRBANIBULINA

I. González Jiménez, C. Muñoz Fernández-Lomana, M.J. García Gamero, A. Marcos Monera, C. Sáez Fuster, P. Gallego Verdejo, S. Valdés López-Linares y T. L. Vega López

Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La tirbanibulina es un nuevo fármaco que inhibe la polimerización de la tubulina y tiene potentes efectos antiproliferativos y antitumorales. Se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de queratosis actínica leve en cara y cuero cabelludo en adultos.

Antecedentes y objetivos. Estudiar la eficacia clínica y seguridad de la tirbanibulina en el tratamiento de queilitis actínica.

Métodos. Realizaremos el estudio de 4 pacientes, varones de entre 76 y 79 años, con queilitis actínica y leucoplasia que serán tratados con tirbanibulina pomada una vez al día durante 5 días seguidos. Evaluaremos la respuesta al tratamiento en revisiones con periodicidad de tres, seis y doce meses.

Resultados. La queilitis actínica es una alteración que afecta principalmente al borde bermellón del labio inferior en personas de piel clara, provocada fundamentalmente por daño solar. Se caracteriza por descamación, pérdida de elasticidad, límite impreciso del margen bermellón, áreas eritematosas, atróficas, leucoplásicas y ulceraciones. Se consideran lesiones premalignas con capacidad para transformarse en un carcinoma epidermoide de labio. Existen varias opciones de tratamiento, crioterapia, Imiquimod al 5%, 5-Fluorouracilo, terapia fotodinámica, abrasión con láser CO₂, corticoides o diclofenaco tópico. La tirbanibulina es un fármaco que actúa disgregando los microtúbulos mediante la unión directa a la tubulina, lo que provoca la interrupción del ciclo celular y la apoptosis de las células proliferativas y está asociado a la interrupción de la señalización de la tirosina-quinasa Src. Se emplea para el tratamiento tópico de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica de la cara o del cuero cabelludo en adulto.

Los cuatro pacientes, varones de entre 76 y 79 años, tenían queilitis actínica de moderada a severa. Uno presentaba un área de ulceración. Todos ellos tuvieron una respuesta favorable con mejoría clínica y sintomática. No registramos efectos adversos del tratamiento en ninguno de los pacientes, no se observaron reacciones de inflamación en la zona de aplicación.

Conclusiones. La tirbanibulina tópica muestra buenos resultados en el tratamiento de las queilitis actínicas, con una pauta cómoda de 5 días, una menor inflamación local que otros tratamientos y unos resultados favorables a medio-largo plazo en todos los pacientes.

P81. RADIODERMITIS DEL PABELLÓN AURICULAR COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

N. Medrano Martínez^a, L. Jiménez Briones^a, J. Martín-Nieto González^a, B. Rodríguez Sánchez^a, R. Suárez Fernández^b, F. Arias Lotto^c, A. M. Almodóvar Real^b, I. Molina López^b y L. Barchino Ortiz^b

^a*Dermatología Médico-Quirúrgica. Hospital Gregorio Marañón.*

^b*Dermatología Médico-Quirúrgica. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ^cAnatomía Patológica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.*

Introducción. La piel es un tejido especialmente radiosensible (incidencia de radiodermatitis en hasta el 95%). La reparación de este daño inducido por radicales libres se sucede en un proceso complejo de inflamación inicial (días 0-4), proliferación (día 3 - semanas) y remodelación (semanas - años). Macrófagos, fibroblastos y células epiteliales secretan factor de crecimiento transformante beta, que activa una cascada fibrótica que persiste largo tiempo y que conduce a un descenso en la perfusión tisular y en el drenaje linfoscular. La atrofia dermoepidérmica y pilosebácea se inicia a las 12 semanas y la fibrosis después de 6-12 meses. Una otitis crónica externa, habitualmente con descamación exudativa y ulceración, acontece en el 1-3% que reciben altas dosis (55-70 Gy), frente al 0% con dosis medias (40-55 Gy). Desarrollan necrosis tardía cutánea y/o cartilaginosa hasta el 13%.

Caso clínico. Varón de 76 años tratado hace 15 años en circuito privado de fibrohistiocitoma maligno en pabellón auricular derecho mediante radioterapia externa y braquiterapia. Consulta por intenso dolor y acentuación de cambios tróficos desde hace 9 meses, que trata con varias aplicaciones diarias de crema combinada de lidocaína/prilocaína. A la exploración se evidencia piel atrófica indurada, con alternancia de placas blanquecinas y eritemato-telangiectáticas, así como erosivo-costrosas, con algunas zonas de aspecto hiperplásico/neoforativo. Se consensúa realización de biopsias de mapeo bajo sedación, con planteamiento diferencial de recurrencia del tumor primario o displasia epidermoide secundaria. La histología resulta compatible con radiodermatitis crónica, sin evidencia de infiltración tumoral. Se completa el estudio con tomografía computarizada cráneo-cervical sin hallazgos. Se deriva a la Unidad del Dolor para valoración de bloqueo nervioso retroauricular analgésico.

Discusión. La radiodermatitis crónica puede ser una complicación difícil de manejar con un significativo detrimento en la calidad de vida, que resulta un diagnóstico de exclusión. Los casos recogidos en la literatura son escasos. Se han postulado como opciones terapéuticas: corticoterapia y antibioterapia tópicas (ocasionalmente sistémicas), suplementación con pentoxifilina y vitamina E u oxígeno hiperbárico, entre otros.

P82. MATRICOMA MELANOCÍTICO: UN TUMOR BENIGNO INUSUAL CON ALTA ACTIVIDAD MITÓTICA

B. Clemente Hernández^a, I. Muelas Rives^a, P. Gil Pallares^b, J. Aróstegui Aguilar^a, A. Navarro Bielsa^a, A.B. Roche Latasa^c, L. Requena^d e Y. Gilaberte Calzada^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet.*

^b*Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

^c*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.* ^d*Departamento de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

El matricoma melanocítico, también conocido como “matricoma pigmentado”, es una neoplasia benigna cutánea que se origina en las células melanocíticas presentes en la matriz de los folículos pilosos. El diagnóstico de esta entidad puede ser difícil tanto clíni-

ca como histológicamente debido a su rareza y la similitud con otras lesiones, siendo necesario distinguirla de los melanomas y otras lesiones malignas. Reportamos el caso clínico de un paciente varón de 70 años que acudió a la consulta de Dermatología por la aparición de una lesión en sien izquierda asintomática, de crecimiento progresivo, de cuatro meses de evolución. A la exploración física, se observaba una lesión tumoral cupuliforme, de consistencia firme y superficie lisa, con bordes regulares y bien delimitados, de tres centímetros de diámetro, que adoptaba una coloración eritematoviolácea. Tras la exéresis completa, el análisis histológico mostró una mezcla de células epiteliales y mesenquimatosas, con melanocitos dispersos entre células basaloideas, sobre un estroma mixoide, y un índice mitótico elevado. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad nuclear para betacatenina, así como para marcadores melanocíticos. Se consideró que estos hallazgos eran compatibles histológicamente con un matricoma melanocítico. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de tumor, y no se observó recidiva a los nueve meses. Dada la ausencia de características clínicas y dermatoscopias diagnósticas en el matricoma melanocítico, la histología adquiere una especial relevancia en el diagnóstico definitivo de este tumor. Desde el punto de vista clínico, suele presentarse como una lesión tumoral o nodular pigmentada asintomática en áreas con daño actínico, aunque también puede aparecer en otras localizaciones. El principal diagnóstico diferencial abarca otros tumores, como el pilomatricoma, así como el carcinoma basocelular con diferenciación matricial y lesiones melanocíticas. Describimos un paciente con matricoma melanocítico en región facial, una lesión infrecuente y de comportamiento benigno, a pesar de presentar un alto índice mitótico. El diagnóstico se confirmó mediante estudio histológico e inmunohistoquímico, destacando la positividad para betacatenina y marcadores melanocíticos. El tratamiento consistió en la exéresis completa, con márgenes quirúrgicos libres de tumor, sin observar recidiva en el seguimiento.

P83. ¿MELANOMA TIPO “NEVUS AZUL AGMINADO”? CUANDO LA BIOLOGÍA MOLECULAR CAMBIA LAS REGLAS

C. Cánovas Seva^a, L. Martínez Leborans^a, M. López-Pardo Rico^a, B. Chao Maseda^a, N. Moreiras Arias^a, A. Ramírez Santos^a, M. Ginarte Val^a, C. Aliste Santos^b, J.M. Suárez Peñaranda^b y D. Sánchez-Aguilar Rojas^a

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

El nevus azul agminado (NAA) y el melanoma sobre nevus azul (MSNA) son diagnósticos diferenciales de lesiones nodulares azuladas agrupadas en cuero cabelludo. Presentamos una mujer de 84 años con una lesión en cuero cabelludo de larga data que había cambiado en el último mes. Se evidenciaban 3 nódulos azul pizarra agrupados sobre un retículo atípico y varias lesiones satélite. En pocos días presentó una rápida progresión haciendo irreseccable la totalidad de la tumoración. Se realizó una exéresis amplia incompleta. El estudio histológico mostró una lesión dérmica, que adelgazaba la epidermis con ulceración puntual y no infiltraba tejido celular subcutáneo (Breslow 6,6mm). Estaba formada por una proliferación fascicular de melanocitos fusiformes con abundantes melanófagos. No se apreciaba necrosis. El grado de atipia era bajo pero el índice proliferativo elevado (4 mitosis/mm²). El estudio inmunohistoquímico mostró tinción para MiB-1 en más del 50% de las células tumorales, preservación de BAP-1, tinción de membrana con beta-catenina y pérdida parcial de p16. La tinción con PRAME fue negativa. Se demostró la presencia de la mutación Q61 de NRAS (COBAS 4800 Roche). El estudio molecular y el estudio de extensión están pendientes. Bajo el diagnóstico de melanoma, en comité se decidió terapia sistémica.

Las lesiones tipo nevus azul (NA) tienen mutaciones en proteínas G (GNAQ, GNA11). El NAA y el MSNA son entidades raras dentro de éstas. El MSNA, muestra pleomorfismo, invasión profunda y expresa PRAME. Aunque en algunas características histológicas y clínicas son similares, nuestro caso difiere en la biología molecular. Recientemente se han descrito lesiones tipo NAA, de comportamiento benigno, con mutaciones distintas a GNAQ y GNA11. Nuestro caso comparte con estos la negatividad de PRAME y la escasa invasión en profundidad, pero presenta una elevada tasa proliferativa. Las mutaciones en la vía NRAS son propias de los nevus melanocíticos adquiridos, no del espectro nevus azul. Hasta el momento se ha reportado un solo “nevus azul-like” con la mutación Q61, de histología similar, pero con bajo Ki67 y sin pérdida de p16. Nuestra paciente podría haber adquirido una segunda mutación que condicione su agresividad. En la era de la biología molecular, presentamos un desafío clínico. Mutaciones en NRAS pueden predisponer a la aparición de lesiones tipo nevus azul.

P84. ERUPCIÓN PAPULOPUSTULOSA SECUNDARIA A INHIBIDOR DE KRAS: UN POTENCIAL MARCADOR DE RESPUESTA ANTITUMORAL

A. Carrera Gabilondo, A. Morelló Vicente, I. Oteiza Rius, E.M. Gómez González, D. Marcos Muñagorri, A. Coral Garrido Báez, I. Jorques Belda, R. Salido Vallejo y J. Antoñanzas Pérez

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

Introducción. Las erupciones acneiformes son un efecto secundario de fármacos como los inhibidores del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) y los inhibidores de MEK. Clínicamente, se caracterizan por la aparición súbita de pápulas y pústulas inflamatorias de aspecto monomorfo. Presentamos un caso de erupción papulopustulosa secundaria al tratamiento con inhibidor de KRAS, asociación no descrita hasta el momento.

Caso clínico. Varón de 50 años con antecedente de adenocarcinoma de páncreas estadio IV y varios nódulos metastásicos pulmonares. Consultó por lesiones cutáneas en región facial y torácica, que se iniciaron 5 días después del tratamiento con inhibidor de KRAS. En la exploración física se observaron pápulas y pústulas eritematosas, agrupadas en región facial y torácica, junto con lesiones aisladas en extremidades. El estudio histológico de una lesión facial objetivó espongiosis epidérmica, neutrófilo permeando la epidermis y un infiltrado de predominio neutrofílico dérmico. Los hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de erupción papulopustulosa de origen farmacológico, probablemente secundaria al tratamiento con inhibidor de KRAS. Simultáneamente, se evidenció una reducción del tamaño de las lesiones pulmonares conocidas mediante TAC. El paciente recibió tratamiento con doxiciclina oral 100 mg/día con escasa mejoría y posteriormente con isotretinoína oral 20 mg/día con mejoría parcial.

Discusión. La fisiopatología de las erupciones acneiformes por inhibidores de EGFR y MEK no se conoce completamente. EGFR es un receptor de membrana celular que forma parte de la vía MAP quinasa e inicia la cascada de RAS, BRAF y MEK aumentando la proliferación celular. Se ha postulado que la inhibición de EGFR en los queratinocitos induce su apoptosis, con un aumento de quimioquinas y células inflamatorias en la piel y aparición de lesiones acneiformes. Además, se cree que existe correlación positiva entre la intensidad de la erupción cutánea y la respuesta antitumoral al tratamiento. Hasta el momento no se han reportado casos de erupciones papulopustulosas secundarias a inhibidores de KRAS. Su participación en la vía MAPK sugiere un mecanismo similar al que ocurre con los inhibidores de EGRF y de MEK. Como ocurre en nuestro caso, la intensidad de la reacción cutánea producida por inhibidores de KRAS podría correlacionarse con la respuesta antitumoral.

P85. INMUNOTERAPIA SISTÉMICA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO CON CARCINOMA ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

E. Boza Villar, C. Tienza Fernández, M.D. Benedicto Maldonado, E. A. Martínez García, R. Castillo Muñoz y E. Herrera Acosta

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

La eficacia y seguridad de la inmunoterapia sistémica (IT) en pacientes con carcinomas escamosos (CEC) localmente avanzados con antecedentes de trasplante de órgano sólido (TOS) en tratamiento inmunosupresor es limitada. Presentamos dos casos atendidos en consulta de Dermatología de nuestro centro. El primer caso se trata de un paciente varón de 52 años trasplantado renal desde 1986 en tratamiento inmunosupresor. Desde 2014 es atendido por múltiples CECs tratados con cirugía radical y radioterapia adyuvante. En noviembre de 2023 nueva recidiva múltiple de CECs en región parietal izquierda y temporal derecha en zona previamente irradiada, intervenidas con bordes profundos afectos y presencia de invasión vascular, perineural y progresión a región mastoidea derecha. Tras valoración en comité oncológico el paciente no es candidato a cirugía radical ni a RT; se suspende inmunosupresión continuando solo con prednisona e iniciando IT con pembrolizumab. Tras el primer ciclo de IT, se interrumpe por rechazo agudo del trasplante comenzando hemodiálisis; a pesar de esto, se consigue respuesta completa con una sola dosis de pembrolizumab permaneciendo sin signos de progresión hasta última revisión en agosto 2024.

El segundo caso se trata de una mujer de 66 años trasplantada renal en 2007 en tratamiento inmunosupresor. En diciembre de 2022 se diagnostica de un CEC ulcerado estadio T3 en región pretibial izquierda que se interviene con bordes de resección libres de lesión. En diciembre de 2023 presenta una recidiva local y rápida progresión metastásica ganglionar no resecable estadio IV. Tras valoración en comité se decide inicio pembrolizumab en marzo 2024 y suspensión de micofenolato con estabilidad de las lesiones. En junio 2024 se interrumpe pembrolizumab por fracaso renal agudo y rápida progresión metastásica a piel inguinal y pretibial. Ante esto, nos planteamos la radioterapia paliativa que no llegó a iniciar por fallecimiento en julio 2024. Los pacientes con TOS que reciben tratamiento inmunosupresor de forma crónica tienen un riesgo entre 65-250 más de desarrollar tumores cutáneos que la población general. Los CEC albergan una alta carga tumoral que se asocia con la respuesta a la inmunoterapia siendo una buena opción para receptores de trasplante de riñón con neoplasias avanzadas. Es fundamental realizar un seguimiento estrecho y adaptar la inmunoterapia.

P86. CARCINOMAS ESCAMOSOS DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN 2 PACIENTES EN TRATAMIENTO CON HIDROXIUREA

M.N. Olmos García, L. Moreno Hernández, C.M. Martorell Moreau, E. Vanrell Büse y N. Izquierdo Herce

Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

La hidroxiurea es un inhibidor de la ribonucleótido reductasa empleado habitualmente en el tratamiento de distintas enfermedades mieloproliferativas tales como la policitemia vera, la trombocitemia esencial o la leucemia mieloide crónica. Aunque generalmente es un tratamiento bien tolerado a largo plazo se han descrito multitud de efectos secundarios cutáneos, siendo uno de los menos frecuentes, con unos 20-30 casos descritos en la literatura, la aparición de formas agresivas de cáncer cutáneo no melanoma. Se presentan dos casos clínicos de pacientes en tratamiento crónico con hidroxiurea valorados en nuestro servicio con formas agresivas y rápidamente progresivas de carcinomas escamosos cutáneos (CEC). El primer paciente es un varón de 81 años con antecedentes de

policitemia vera evolucionada a mielofibrosis medular tratado con hidroxiurea durante más de 10 años y queratosis actínicas que, durante el seguimiento en dermatología, comienza a desarrollar múltiples CEC y algún carcinoma basocelular en cara y cuero cabelludo de rápido crecimiento, siendo finalmente tratado con radioterapia dada la imposibilidad de realizar un abordaje quirúrgico de las lesiones. La segunda paciente se trata de una mujer de 81 años, también con antecedentes de policitemia vera tratada durante 15 años con hidroxiurea, valorada por primera vez en nuestro servicio por múltiples carcinomas escamosos en cara de rápido crecimiento en 6 meses. Dado el avanzado estado de las lesiones se decidió tratamiento de primera línea con inmunoterapia. Aunque se conoce desde hace tiempo la asociación entre la hidroxiurea y el desarrollo de cáncer cutáneo no melanoma, es importante recordar esta relación, tanto en los ámbitos de la dermatología como de la hematología, de manera que esto permita que los pacientes bajo tratamiento con hidroxiurea tengan acceso a revisiones dermatológicas periódicas de manera similar a aquellos inmunosuprimidos por otras causas. De esta forma, se podrán detectar posibles tumores en etapas más tempranas, antes de que estos progresen, empeorando por tanto el pronóstico de los pacientes.

P87. CARCINOMA ESCAMOSO SECUNDARIO A OSTEOMIELITIS CRÓNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.J. García Gamero^a, A. Pérez Bustill^a, A. Marcos Monera^a, C. Sáez Fuster^a, P. Gallego Verdejo^a, S. Valdés López-Linares^a, A.M. Carballido Vázquez^a, T.L. Vega López^a, G. Martínez García^b y P. Manchado López^a

^aServicio de Dermatología y ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Varón de 69 años con antecedente de accidente de tráfico hace más de 40 años que resultó en una lesión medular incompleta con paraparesia y una fractura de tobillo izquierdo tratada con artrodesis. Años después del accidente, el paciente desarrolló osteomielitis en la zona de la fractura, con úlceras y fístulas de repetición. Se propuso amputación en varias ocasiones, que el paciente rechazó, realizando él mismo curas en domicilio. Hace unos meses, el paciente consultó por una lesión en el dorso del pie izquierdo que refería tener desde hacía años, pero que había empezado a crecer rápidamente en los últimos 4 meses. Se trataba de una lesión de más de 15 centímetros que ocupaba todo el dorso del pie izquierdo, con superficie ulcerada y verrucosa, maloliente y supurativa, con zonas fistulizadas. Se palpaba una adenopatía inguinal izquierda de 2 centímetros.

Se realizó una biopsia de la lesión, compatible con carcinoma verrucoso con áreas de carcinoma escamoso infiltrante convencional. El TAC de la extremidad mostró alteración morfológica crónica importante, ya objetivable en imágenes previas, y la masa descrita estaba en íntimo contacto con la superficie ósea. Tras los correspondientes estudios, las adenopatías resultaron ser reactivas. Posteriormente, el paciente precisó ingreso para tratamiento de una infección sistémica con probable foco en la lesión descrita. Dada la mala evolución clínica y analítica, se realizó una amputación supracondilea de la extremidad, con estabilización y mejoría clínica del paciente. A pesar de que el carcinoma escamoso es el tumor maligno más frecuentemente derivado de la osteomielitis crónica, su asociación es rara, siendo prolongado el tiempo hasta la transformación maligna (entre 8 y 50 años). El retraso en el diagnóstico es habitual, y debe sospecharse ante una lesión crónica con aumento del dolor, secreción purulenta, mal olor y sangrado, o ante una tumoración de rápido crecimiento desarrollada sobre el orificio de una fístula, debiendo realizarse repetidas biopsias de los tejidos. La presencia de adenopatías es común, pero frecuentemente son reactivas. El tratamiento es quirúrgico, no habiendo en la mayoría de los casos publicados recurrencias ni metástasis durante el seguimiento.

P88. ¿Y TÚ DE DÓNDE SALES?

M.M. Tapias Terre^a, Y.I. Morant García^a, G. Esteve Boncompte^a, C. Buñas Pérez^a, M. Cossette Merheb^b, R. Aguayo Ortiz^a, V. Sanmartín Novell^a, F. Vilardell Vilellas^b y R.M. Martí Laborda^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Se presenta el caso de un varón de 33 años que consultó a su médico de cabecera por un nódulo subcutáneo occipital de años de evolución. Se realizó extirpación a nivel ambulatorio, con resultado histológico compatible con meningioma ectópico con margen profundo afecto. Ante recidiva precoz de la lesión, se citó de nuevo para cirugía ambulatoria. Por casualidad, llegó el caso a oídos de nuestro servicio, y previamente a la reintervención se descartó conexión con el sistema nervioso central (SNC) mediante resonancia magnética craneal (RMN). Dado el resultado histológico y el tiempo de evolución se diagnosticó de meningioma cutáneo tipo I, explicando al paciente lo anecdótico de su caso.

El meningioma cutáneo es una entidad rara, a diferencia del meningioma cerebral que representa la neoplasia primaria más frecuente del SNC. Suele localizarse a nivel de la piel del cuero cabelludo, seguido del conducto auditivo externo y hueso temporal, y tracto nasal. El meningioma cutáneo se subdivide en tres tipos en función de su presentación clínica e histología. El tipo I se considera una lesión primaria cutánea, congénita, que nace de células aracnoideas atrapadas durante el desarrollo embrionario a nivel de la dermis y tejido subcutáneo, perdiendo su comunicación con el neuroaxis. Suele presentarse a nivel de cuero cabelludo como un nódulo subcutáneo, firme e indoloro, de diagnóstico accidental. En base a los casos descritos en la literatura, la extirpación completa de la lesión y su posterior estudio histopatológico representan el "gold standard" para su diagnóstico y tratamiento. Será necesario el seguimiento a largo plazo dado que la mortalidad específica del tumor aumenta con los años de seguimiento, en relación con el subtipo y grado histológico, y las recurrencias locales. El perfil inmunohistoquímico de los meningiomas intra- y extracraneales es indistinguible, por lo que será preciso realizar una prueba de imagen que descarte continuidad con la meninge neuroaxial. Se presenta el caso de un meningioma cutáneo primario tipo I, reintervenido de forma segura tras RMN cerebral. Destacar el papel del anatomopatólogo para filiar la estirpe tumoral dada la localización inesperada de la lesión. Reflexionar sobre la necesidad de aprender a manejar entidades anecdóticas por compromiso con el paciente, que de entrada son desconocidas por la mayoría de profesionales.

P89. CARCINOSARCOMA CUTÁNEO: UN TUMOR NADA COMÚN

L. Jiménez Briones^a, N. Medrano Martínez^a, D. Virseda González^a, M. Córdoba García-Rayo^a, J. Martín-Nieto González^a, B. Rodríguez Sánchez^a, L.Á. Zamarro Díaz^a, M. de la Puente Alonso^a, A. Fuentes Bellas^a, D. de Ramón Rueda^a, V. Parra Blanco^b, R. Suárez Fernández^a y L. Barchino Ortiz^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. El carcinosarcoma (CS) cutáneo primario es una neoplasia poco común que resulta de la combinación de carcinoma (de origen epitelial) y sarcoma (de origen mesenquimal).

Caso clínico. Varón de 94 años con nódulo de 2,5 cm de rápido crecimiento en región preauricular izquierda, con centro hiperqueratósico. Ante la sospecha de queratoacantoma, se decide metotrexato intralesional (3 sesiones), con reducción parcial. Se realiza extirpación quirúrgica. En el estudio histológico, se observa lesión exofítica y ulcerada en superficie, con células atípicas de nucléolos prominentes y abundantes mitosis, entremezcladas con zonas de

diferenciación osteogénica con láminas de osteoide calcificadas, con células fusocelulares atípicas y abundantes células osteoblásticas. En inmunohistoquímica (IHQ), CK AE1 y AE3 positivas en áreas epiteliales y negativas en áreas osteogénicas. Con estos hallazgos, se diagnostica de CS con componente epitelial pobremente diferenciado y diferenciación heteróloga a osteosarcoma. Los márgenes están respetados y el estudio de extensión es negativo.

Discusión. El CS es un tumor bifásico infrecuente formado por dos poblaciones celulares (epitelial y mesenquimal), ambas malignas. Es una neoplasia que predomina en varones, con edad avanzada, en zonas fotoexpuestas, con cabeza y cuello como localización más frecuente. Clínicamente, es difícil sospecharlo, siendo los diagnósticos de presunción más comunes carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) o queratoacantoma. Histológicamente, presentan un componente epitelial similar a CBC, CEC o tumor aneural y un componente mesenquimal que se parece a osteosarcoma, fibrosarcoma, condrosarcoma, rhabdomioma o histiocitoma fibroso maligno. Las técnicas IHQ son fundamentales para el correcto diagnóstico. El componente epitelial es generalmente positivo para citoqueratinas y el componente mesenquimal, para vimentina. En cuanto a la patogenia, la hipótesis más sostenida es la de la dediferenciación de un carcinoma preexistente, con aparición secundaria del componente sarcomatoso (transición epitelio-mesénquima) El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico, variable, con algunos casos de recurrencia local y metástasis a distancia.

Conclusión. El CS es un tumor poco frecuente en el que el estudio histológico y de IHQ son fundamentales para un correcto diagnóstico y posterior manejo.

P90. INMUNOTERAPIA LOCAL: NO TODO ES CIRUGÍA

A.B. Felipe Robaina, G. Carretero Hernández, E. Castro González, P. Naranjo Álamo, A. Rebolledo Ruiz, M.L. Suárez Rizkallal e I. Castaño González

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

Antecedentes y objetivos. La inmunoterapia local ha emergido como una opción terapéutica efectiva para diversos tipos de cáncer cutáneo en casos seleccionados. Aunque la resección quirúrgica es el tratamiento de elección en todas las guías, el lentigo maligno (LM), carcinoma basocelular (CBC), carcinoma epidermoide (CEC) y queratoacantoma (QA) cutáneos, han mostrado ser sensibles a tratamientos inmunomoduladores específicos. Nuestro objetivo es describir los aspectos epidemiológicos, modalidades de tratamiento y respuesta clínica de diferentes agentes de quimioterapia local (imiquimod, bleomicina y metotrexato intralesionales) de nuestra unidad, con el fin de proporcionar una visión integral y complementaria del manejo clínico no quirúrgico de estas neoplasias cutáneas.

Métodos. Se incluyeron a todos los pacientes de 2010 hasta 2024 recogidos en nuestra base de datos del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) con diagnóstico clínico, dermatoscópico y/o histopatológico de LM tratados con imiquimod, CBC con bleomicina intralesional y CEC y QA con metotrexato intralesional, con un periodo mínimo de seguimiento de 6 meses.

Resultados. Se identificaron 15 pacientes con LM localizados en cabeza tratados con imiquimod 5% en monoterapia con regímenes establecidos en función de la respuesta inflamatoria local. La tasa de respuesta fue del 93%, con un tiempo medio de seguimiento de 5 años. Respecto a los casos de CBC en tratamiento con bleomicina intralesional, presentaron una tasa de respuesta del 75%, similar a lo descrito en la literatura. El metotrexato intralesional en QA y CEC no logró la resolución completa, precisando una intervención quirúrgica posterior en la mayoría de los casos.

Conclusiones. La inmunoterapia local representa una opción viable y mínimamente invasiva para el tratamiento de diversas lesiones cutáneas malignas en pacientes pluripatológicos, cirugías con alta

morbilidad y rechazo de la cirugía por parte del paciente, con un perfil de seguridad aceptable. No obstante, es esencial un seguimiento estrecho para la detección precoz de recurrencias.

P91. AVELUMAB EN PRIMERA LÍNEA PARA EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL LOCALMENTE AVANZADO, ¿UN CAMBIO DE PARADIGMA?

L.A. Martínez de Salinas^a, E. García Mouronte^a, C. Azcárraga Llobet^a, A. Lecumberri Indart^a, P.J. Fernández Esparcia^a, R. del Cristo Cova Martín^a, D. Hernández Calle^a, P. Burgos Blasco^a, A. Soria Rivas^b y S.B. Ardébol^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción y objetivo. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino cutáneo raro y agresivo, con alta mortalidad y recurrencia. Habitualmente la cirugía es el tratamiento inicial, a menudo complementada con radioterapia. Recientemente, la inmunoterapia ha desplazado a la quimioterapia en enfermedad metastásica. Este trabajo evalúa el uso de avelumab, un anticuerpo anti-PD-L1, como tratamiento de primera línea en tumores localmente avanzados.

Material y métodos. Se recopiló datos de pacientes que iniciaron tratamiento con avelumab por CCM entre septiembre 2023 y septiembre 2024. La respuesta al tratamiento fue evaluada clínica, radiológica e histológicamente. La decisión del tratamiento fue tomada en un comité multidisciplinar de tumores. Se recogió la presencia y gravedad de los eventos adversos según el sistema Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

Resultados. Se incluyeron tres pacientes (2 mujeres, 1 hombre) con edad media de 86 años (81-90) y CCM tratados con avelumab (800 mg IV cada 2 semanas). Dos casos (66,7%) presentaron CCM en la región frontal de la cabeza, y uno (33,3%) en la pierna. Dos pacientes presentaban afectación locorregional con compromiso ganglionar al diagnóstico: en un paciente, se optó por inmunoterapia al considerarse inoperable, y en el otro por rechazo de la linfadenectomía. En el tercer paciente, a pesar de tener afectación exclusivamente primaria, se inició inmunoterapia dado el tamaño tumoral. En todos los casos (100%) se logró respuesta completa con avelumab, que persiste tras 7 meses de seguimiento, evitando la necesidad de cirugía radical o radioterapia. Dos pacientes (66,7%) presentaron efectos adversos: astenia autolimitada de grado 2 y colitis con diarrea grado 2. En este último paciente (33,3%) la toxicidad obligó a suspender permanentemente el tratamiento tras 4 ciclos y requirió el uso de corticoides sistémicos. El resto (66,7%) continúa bajo tratamiento.

Discusión. Avelumab es un tratamiento eficaz en CCM localmente avanzado o inoperable, evitando cirugías mutilantes. Aunque las guías actuales no lo incluyen como primera línea en enfermedad localmente avanzada, esta opción podría ser considerada en casos seleccionados por un comité multidisciplinar, ya que favorece la preservación funcional, posee un perfil de seguridad aceptable y mejora la calidad de vida de los pacientes.

P92. TIRBALIBULINA: ¿EXISTEN VARIABLES CLÍNICAS QUE DETERMINAN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO?

N. Blázquez Sánchez^a, M.I. Fernández Canedo^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, F. Rivas Ruiz^b y M. de Troya Martín^a

^aDermatología. ^bUnidad Investigación. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

La incidencia de queratosis actínicas (QA) ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población y una crecien-

te tendencia a una mayor exposición solar. Las terapias disponibles, aunque efectivas, están asociadas con una alta tasa de reacciones cutáneas locales, lo cual puede reducir la adherencia al tratamiento y como consecuencia su eficacia. La tirbanibulina es un nuevo fármaco de uso tópico con una potente actividad antiproliferativa que, frente a otras alternativas, ocasiona menor número de reacciones cutáneas.

Objetivo. Analizar la respuesta en términos de eficacia del tratamiento con tirbanibulina al 5% pomada, en el tratamiento de las QA cutáneas. Analizar la influencia de variables clínicas asociadas a dicha respuesta.

Método. Estudio retrospectivo de pacientes tratados con tirbanibulina tópica en campo de carcinogénesis entre junio 2023-junio 2024. Se incluyeron pacientes con más de 10 queratosis actínicas clínicamente visibles no hiperqueratósicas y no hipertróficas, en una superficie cutánea contigua inferior a 25 cm². La pomada se aplicó una vez al día en toda la zona 5 días consecutivos. Se recogieron datos clínicodemográficos (edad, sexo, antecedentes de CCNM, localización) y la respuesta al tratamiento, valorada por 2 evaluadores independientes (respuesta completa [resolución mayor al 80% de lesiones], respuesta parcial [reducción entre 40%-80%] y no respuesta [inferior al 40%]). Se realiza un análisis descriptivo de los datos obtenidos y un análisis bivariado tomando como variable principal la respuesta al tratamiento.

Resultados. Se incluyen 50 pacientes, con edad media de 72 años y distribución similar en sexo. El 66% de los pacientes presentaron antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma. La localización más frecuente de las QA fueron las mejillas y el cuero cabelludo (34%), seguido de frente (18%), nariz (8%) y sien (6%). Se obtuvo una respuesta completa en el 64% de los casos. El análisis bivariado únicamente demostró asociación significativa en relación a la localización ($p < 0,038$).

Conclusión. La respuesta al tratamiento de las QA con la tirbanibulina tópica puede ser modificada por factores como la localización de las mismas. Son necesarios estudios que ayuden a definir mejor el perfil clínico de los pacientes que presentan una mayor respuesta al tratamiento, con el objetivo de realizar una óptima selección de los mismos.

P93. ASOCIACIÓN ENTRE NEVUS MÚLTIPLES Y MELANOMA: EL ROL DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO

E. M. Gómez González, A. Morelló Vicente, I. Oteiza Rius, D. Marcos Muñagorri, A. Carrera Gabilondo, J. Antoñanzas Pérez y N. Rodríguez Garijo

Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. Se ha descrito la asociación entre la presencia de múltiples nevos melanocíticos y el desarrollo de melanoma cutáneo. La dermatoscopia digital (DM) en estos pacientes puede constituir una herramienta útil para reducir la morbimortalidad secundaria a un diagnóstico tardío.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a aquellos pacientes diagnosticados con melanoma cutáneo en nuestro centro, entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2023, mediante una revisión exhaustiva de sus características clínicas. Se evaluó seguimiento mediante DM, antecedentes de nevos con atipia clínica e histológica y el número de nevos de cada paciente.

Resultados. Se incluyeron un total de 90 pacientes con melanoma cutáneo, con una edad media al diagnóstico de 52 años, y un seguimiento previo mediante DM del 61,1%. El 31,1% presentaba más de 100 nevos en toda la superficie corporal, y el 16,67% de los pacientes tenía más de 30 nevos con características clínicas de atipia, presentando ambos grupos un seguimiento con DM del 100%. Un

25,56% de los pacientes presentaba antecedente de uno o más nevos con displasia histológica. Se observó una relación estadísticamente significativa entre poseer más de 100 nevos con la presencia de más de 30 nevos atípicos ($p < 0,0001$), al igual que con el antecedente de nevos displásicos ($p < 0,01$), siendo la localización preferente del melanoma en estos pacientes la espalda ($p < 0,024$). No se observó asociación entre el número de nevos y el antecedente personal de otros melanomas primarios, y fue notable la tendencia a un menor espesor de Breslow y menor edad al diagnóstico de melanoma en pacientes con múltiples nevos, en probable relación al adelanto diagnóstico por el seguimiento de estos pacientes mediante DM.

Conclusión. Los pacientes con melanoma y más de 100 nevos presentaron más lesiones atípicas y nevos con displasia histológica, con un menor Breslow al diagnóstico de melanoma, reforzando la recomendación de seguimiento mediante DM en este grupo de pacientes.

P94. CARCINOMA APOCRINO CUTÁNEO EN REGIÓN INGUINAL: CASO CLÍNICO Y MANEJO TERAPÉUTICO

B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, M. Gómez-Olit Pérez, J.C. Romera Pallarés, J.F. Orts Paco, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez y M.E. Giménez Cortés

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

Introducción. El carcinoma apocrino cutáneo (CAC) es un tipo poco frecuente de carcinoma de glándulas sudoríparas que afecta principalmente a hombres de edad avanzada. Se presenta más frecuentemente en áreas con alta densidad de glándulas apocrinas, como las axilas y el área anogenital.

Caso clínico. Varón de 72 años que consulta por lesión pruriginosa en ingle izquierda de más de un año de evolución, refractaria a tratamiento con corticoides y antifúngicos tópicos. Como antecedente presentó un adenocarcinoma de colon intramucoso extirpado 13 años antes. A la exploración, presentaba una placa eritematosa erosionada de 6 x 5 cm a nivel de ingle izquierda con extensión a escroto. Ante la sospecha de enfermedad de Paget extramamaria se realizó biopsia de 2 zonas de la lesión y se solicitó nueva colonoscopia, sin hallazgos. En ambas biopsias se observó a nivel de epidermis presencia de nidos y células sueltas de amplio citoplasma eosinófilo con atipia nuclear. En dermis superficial y profunda se observaron estructuras tubulares constituidas por células poligonales de amplio citoplasma y núcleos centrales con atipia y presencia de mitosis. La inmunohistoquímica fue positiva para citoqueratina 7 (CK7), GATA 3, EMA, andrógenos, estrógenos y progesterona parcheado, con negatividad para CK20, CDX2, p63 y melan-A. Estos hallazgos eran compatibles con un CAC con extensión pagetoide. Se realizó estudio de extensión mediante TC, sin hallazgos de enfermedad a distancia. El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose extirpación de la lesión con márgenes de 1cm y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en un mismo tiempo. Actualmente sigue controles estrechos mediante exploración física y pruebas de imagen.

Discusión. El CAC puede presentarse clínicamente en forma de masa indolora de lento crecimiento, lesión ulcerada o incluso como una placa de aspecto eccematoso. Puede ser localmente invasivo y tiene un potencial significativo para metastatizar, especialmente a los ganglios linfáticos regionales. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia. Dado que existe una alta tasa de metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico, se recomienda realizar BSGC para evaluar la diseminación. En casos donde el tumor presenta características agresivas, como invasión profunda o alta proliferación celular, se ha utilizado la radioterapia adyuvante.

P95. SARCOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULA REDONDA PEQUEÑA CIC-DUX4 CUTÁNEO PRIMARIO

A. Lobato Izagirre^a, I. Arévalo Ortega^a, A. Sánchez Diez^a, C. Valenti Ponsa^b, L. Aguirrezabal Marcotegui^b, I. Gainza Apraiz^a, M. Meruelo Ruano^a y R.M. Izu Belloso^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Introducción. Los sarcomas constituyen un grupo heterogéneo de tumores infrecuentes de origen mesenquimatoso que representan < 1% de todas las neoplasias malignas en adultos. El estudio histológico, inmunohistoquímico y molecular son esenciales y permiten la clasificación de más de 100 subtipos.

Caso clínico. Mujer de 92 años que consulta por una lesión de rápido crecimiento en el muslo izquierdo. A la exploración presenta una lesión tumoral eritemato-violácea con áreas hemorrágicas de 4 cm de diámetro en la cara anterior del muslo izquierdo. Se realizó exéresis de la lesión y en el estudio histológico se objetivó una infiltración dérmica por un tumor de célula redonda pequeña. En el estudio inmunohistoquímico las células tumorales presentaban positividad frente a vimentina, CD56, CD99 y FLI1. Se amplió el estudio mediante técnicas de biología molecular (panel de secuenciación masiva, NGS) detectándose la fusión CIC::DUX4. Se solicitó un TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico, sin objetivarse signos de enfermedad metastásica.

Discusión. De acuerdo con la clasificación de la OMS de 2020 los sarcomas con reordenamiento de CIC (SRC) se incluyen dentro del grupo de sarcomas indiferenciados de células redondas pequeñas de hueso y tejido blando. Los SRC generalmente presentan una fusión del gen CIC con DUX4. Los sarcomas CIC-DUX4 (SCD) son muy infrecuentes, representando < 1% de todos los sarcomas. Los SCD afectan principalmente a adultos jóvenes de entre 15-35 años y se localizan con más frecuencia en los tejidos blandos del tronco y las extremidades. La mayoría de los casos presentan un curso agresivo, con enfermedad metastásica en el 40% de los casos en el momento del diagnóstico.

P96. LEIOMIOSARCOMA CUTÁNEO DÉRMICO: CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS Y DE MICROSCOPIA DE REFLECTANCIA CONFOCAL

S. López Alcázar, S. López Alcázar, J.M. Busto Leis, A. Mayor Ibarguren, M.L. Alonso Pacheco y A. Vidal González

Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

El leiomioma de la piel es una neoplasia maligna de estirpe muscular poco frecuente que representa en torno al 2-3% de todos los sarcomas cutáneos de partes blandas (0,04% de todas las neoplasias). El origen de estas neoplasias se considera a día de hoy «de novo», si bien en la literatura se han descrito casos aislados desarrollados a partir de leiomiomas. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de leiomioma cutáneo dérmico en región cuatricipital derecha en la que se describen sus características dermatoscópicas (coloración violácea, regresión central y crisálidas); así como los primeros datos descriptivos mediante el estudio con microscopía de reflectancia confocal. El paciente fue intervenido mediante cirugía de Mohs, sin signos de recidiva en la actualidad.

P97. TIRBANIBULINA COMO TRATAMIENTO TÓPICO DE CARCINOMA CUTÁNEO BASOCELULAR Y ESPINOCELULAR SUPERFICIAL. SERIE DE CASOS

C. López Sánchez^a, O. Yélamos Pena^b y V. Ruiz Salas^b

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

Antecedentes y objetivos. Tirbanibulina 1% pomada es un agente antiproliferativo sintético aprobado para el tratamiento de queratosis actínicas. Debido a su mecanismo de acción y su comodidad de uso, algunos autores han probado su efecto terapéutico fuera de ficha técnica en carcinomas basocelulares superficiales (CBCs), carcinomas escamosos infiltrantes (CEC) e in situ (CECis) con respuesta variable, sin embargo la literatura disponible sigue siendo escasa. Con la intención de aumentar la experiencia en este tipo de lesiones presentamos una serie de pacientes con CBCs i CEis tratados con tirbanibulina 1%.

Métodos. Se incluyeron pacientes con CBCs o CECis diagnosticados clínica o histológicamente tratados con tirbanibulina 1% fuera de ficha técnica. La pauta fue de 1 aplicación diaria durante 5 días. La valoración de la respuesta se realizó mediante evaluación clínica y dermatoscópica. En aquellos pacientes que presentaron una respuesta parcial, se indicó un segundo tratamiento con la misma pauta de tirbanibulina a criterio médico. Los pacientes fueron seguidos durante al menos 6 meses.

Resultados. Participaron un total de 9 pacientes (6 hombres) con edades comprendidas entre 54 y 95 años. Se incluyeron 5 casos de CECis, tres casos de CBCs y 1 caso de CBC nodular, 8/9 lesiones se confirmaron histológicamente antes del inicio del tratamiento. Cuatro (44%) de las lesiones se localizaron en cara y cuello, 2 (22%) en el tronco, 1 en la mano y una en la pierna. Tres pacientes habían recibido previamente tratamiento, terapia fotodinámica en dos casos y 5 fluorouracilo en otro caso. De los 9 pacientes, 5 (55,5%) presentaron respuesta completa, 3 (33,3%) respuesta parcial y un paciente con CBC nodular no respondió. De los pacientes que presentaron respuesta parcial, 2 recibieron un segundo tratamiento con tirbanibulina 1% con resolución completa. Solo 2 pacientes refirieron efectos adversos leves en forma de eritema leve y costras. No se detectaron recidivas durante el seguimiento (6-48 meses).

Conclusiones. Nuestra experiencia con tibanibulina apoya su uso como tratamiento frente a CBCs y CECis con buena tolerancia y perfil de efectos secundarios.

P98. OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL ANALÍTICO RUTINARIO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG

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

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candalaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Antecedentes y objetivos. Los inhibidores de la vía Hedgehog (IHH): vismodegib y sonidegib se emplean cada vez más en el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCla). Estos fármacos suelen causar frecuentemente efectos secundarios pero existen pocas recomendaciones sobre su seguimiento analítico. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de alteraciones en las determinaciones analíticas rutinarias para optimizar el manejo y en estos pacientes.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las los valores analíticos de gamma-glutamil transferasa (GGT), creatin-fosfoquinasa (CPK), amilasa y lipasa en los pacientes tratados con IHH en nuestro centro.

Resultados. Entre mayo de 2013 y mayo de 2024 se trataron 32 pacientes con CBCla mediante IHH. El 53% fueron varones con una mediana de edad de 77 años. De ellos, 14 recibieron Sonidegib, 14 Vismodegib y 4 ambos. Se revisaron 1074 determinaciones analíticas de rutina. Los valores siguieron una distribución normal ($KS < 0,05$). Lipasa (n = 108): tiempo medio de exposición al fármaco (TMEF) de 46,8 semanas. El 2% mostraron valores elevados, correspondiendo al 6% de los pacientes. Amilasa (n = 188): TMEF de 82,9 semanas. El 11% mostraron valores elevados, correspondiendo al 16% de los pacien-

tes. CPK (n = 394): El TMEF fue de 121,3 semanas. El 10% mostraron valores elevados y correspondieron al 31% de los pacientes. GGT (n = 384): El TMEF fue 113 de semanas. El 10% mostraron valores elevados y correspondieron al 25% de los pacientes. En ningún caso hubo diferencias significativas entre las medias de los valores iniciales y finales. En el caso de la lipasa y la amilasa, ninguna determinación sobrepasó el grado I de toxicidad según CTCAE v4.0.

Conclusión. Ante las frecuentes reacciones adversas que ocasionan estos fármacos, es habitual realizar un seguimiento analítico serio. Tan solo hay recomendaciones específicas para el sonidegib, recomendándose evaluar los niveles de CPK antes del tratamiento y de forma periódica según la clínica. De acuerdo con nuestros datos, las alteraciones analíticas han sido poco frecuentes y de carácter leve. Parece razonable no incluir de manera rutinaria la amilasa ni la lipasa en el seguimiento analítico, debiéndose valorar individualmente incluir el resto de parámetros según sintomatología.

P99. INFLUENCIA DE LA CARGA TERAPÉUTICA EN LA RESPUESTA A SONIDEGIB EN PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO: UN ESTUDIO DE LA SERIE ANDALUZA

M.A. Sirvent-Sáez, A. Ruiz-de-Casas, C. Membrilla-Díaz, N. Eiris-Salvado, A. Fernández-Orland y D. Moreno-Ramírez

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

P100. ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE IMÁGENES DERMATOSCÓPICAS DE UN DERMATOSCOPIO ESTÁNDAR Y UN DISPOSITIVO AUTÓNOMO DE TOTAL BODY PHOTOGRAPHY (TBP) CON IMÁGENES DERMATOSCÓPICAS (DEVISKANR) (“DEVISKAN QS”-ESTUDIO DE CALIDAD)

P. Rosés Gibert^a, C. Heras Mulero^b, N. Ricart^c, E. Campmol^c, S. Puig Sardà^a y J. Malveyh Guilera^a

Servei de Dermatologia. ^aHospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ^bFundació Salut Empordà. Figueres. ^cDermavision S.L., Girona. España.

Introducción. Se ha desarrollado un dispositivo médico autónomo que permite la fotografía corporal total (TBP) y la documentación dermatoscópica de lesiones pigmentadas individuales. En este estudio, comparamos la calidad de las imágenes obtenidas con el dispositivo innovador y la documentación fotográfica digital dermatoscópica manual tradicional.

Materiales y métodos. Se reclutó prospectivamente a una cohorte de 316 pacientes que consultaron por síndrome de nevus atípico en dos clínicas en España entre el 1 de marzo y el 30 de octubre de 2023. Además, se registró la eficiencia en el tiempo de cada técnica de imagen. El escáner incorpora un software dedicado con aprendizaje automático para la segmentación de lesiones pigmentadas individuales en la TBP y toma de fotografías dermatoscópicas de alta resolución.

Resultados. En total, se obtuvieron 19.323 imágenes de fotografía corporal total (61 por paciente) y 10.646 imágenes dermatoscópicas de lesiones pigmentadas individuales de 3-10 mm (número medio de lesiones por paciente = 32, rango = 13 a 94) con diferentes localizaciones (tronco = 74%; brazos superiores = 15%; extremidades inferiores = 10%; cara = 1%). El dispositivo autónomo mostró una alta calidad en las imágenes dermatoscópicas (puntuación media de 9,84 frente al método manual de 9,44), sin diferencias significativas en la calidad según la localización corporal, el tamaño o las clases. La clasificación de las imágenes por dos dermatólogos independientes mostró un 91,6% de concordancia entre los dos dispositivos, con

la mayoría de las discrepancias correspondientes a lesiones benignas pequeñas equívocas de nevus melanocíticos frente a queratosis benigna (86% de las discrepancias). Cabe destacar que el tiempo medio de obtención de imágenes (TBP + imágenes dermatoscópicas) con el dispositivo autónomo (incluyendo un video instructivo de 120 segundos) fue de 570 segundos (con una desviación estándar de 169 y un rango de 351-992), en comparación con los 606 se-

gundos del método manual (con una desviación estándar de 286 y un rango de 304-1135), que solo incluía la fotografía dermatoscópica de las mismas lesiones.

Conclusiones. El dispositivo autónomo para TBP y dermatoscopia mostró una alta calidad de imágenes similar a la dermatoscopia estándar con un tiempo para la adquisición de imágenes menor que la dermatoscopia estándar.