

ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

XXV Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET)

Alicante, 29 y 30 de noviembre de 2013

Ponencias

1. TERAPÉUTICA LÁSER E HIPERHIDROSIS AXILAR

I. Querol Nasarre

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. España.

La hiperhidrosis es un trastorno que afecta a un 3% de la población, determinando un deterioro de la calidad de vida de quien lo padece, ya que perjudica las relaciones sociales y las actividades profesionales. Por su parte, la terapéutica láser se ha implantado en la práctica diaria de muchos dermatólogos. En la presente ponencia se trata de revisar las implicaciones y aplicaciones del láser en el tratamiento de la hiperhidrosis axilar, principalmente en los siguientes puntos: 1) La hiperhidrosis axilar se ha comunicado recientemente como un efecto secundario de la depilación láser. Si bien inicialmente este trastorno se pensó que era prolongado o permanente, se ha visto que tiene carácter transitorio si se realiza un adecuado tratamiento con antiperspirantes (cloruro de aluminio hexahidratado). 2) Algunos autores han comunicado efectividad del uso del láser de Neodimio:YAG 1064 pulso largo con parámetros similares a los utilizados en depilación para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar. Este mismo láser resulta efectivo para el tratamiento de la hidradenitis supurativa, trastorno que con frecuencia complica la hiperhidrosis axilar. 3) La aplicación subcutánea del láser en el territorio axilar, con técnicas similares a las utilizadas en la lipólisis con láser, ofrece en un alto porcentaje de pacientes un alivio prolongado (tal vez permanente) de la hiperhidrosis. Se describe y revisa el procedimiento y los resultados del mismo.

Bibliografía

Helou J, Soutou B, Jamous R, Tomb R. Nouveaux effets indésirables du laser depilatoire axillaire. *Ann Dermatol Venerol.* 2009;136:495-500.

Aydin F, Pancar GS, Senturk N, Bek Y, Yuksel EP, Canturk T, Turanlı AY. Axillary hair removal with 1064-nm Nd:YAG laser increases sweat production. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:588-92.

Letada PR, Landers JT, Uebelhoefer NS, Shumaker PR. Treatment of focal axillary hyperhidrosis using a long-pulsed Nd:YAG 1064 nm laser at hair reduction settings. *J Drugs Dermatol.* 2012;11:59-63.

Ichikawa K, Miyasaka M, Aikawa Y. Subcutaneous laser treatment of axillary osmidrosis: A new technique. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118:170-4.

Goldman A, Wollina U. Subdermal Nd-YAG laser for axillary hyperhidrosis. *Dermatol Surg.* 2008;34:756-62.

2. TRATAMIENTO DE LAS PUSTULOSIS PALMOPLANTARES

M. Ribera Pibernat

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Sabadell-Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

La Psoriasis Pustulosa Palmoplantar (PPPP) es una manifestación clínica poco frecuente dentro del espectro de la psoriasis llegando a discutir si se trata de la misma enfermedad, por lo que hay autores que prefieren llamar a este cuadro simplemente pustulosis palmoplantar (PPP). La evaluación de esta forma de psoriasis es difícil y los índices clásicos de gravedad (PASI, BSA, PGA) no son útiles por lo que a la hora de evaluar a estos pacientes debería usarse el PPP PASI. Afecta de forma muy importante la calidad de vida de quien la padece por el dolor y la limitación funcional que comporta, y por desgracia no existen tratamientos demasiado efectivos. Los tratamientos tópicos con corticoides potentes en cura oclusiva, las fórmulas magistrales con metotrexato son una posibilidad que la mayoría de las veces se queda corta. En la actualidad debemos plantearnos la posibilidad de tratamiento sistémico con medicamentos clásicos (acitretina, ciclosporina, metotrexato, tetraciclinas, ketoconazol, liarazol), físicos (PUVA, TFD, radioterapia) y biológicos (alefacept, efalizumab, infliximab, etanercept, adalimumab).

ma y ustekinumab), aunque no se cumplan los criterios de la ficha técnica porque estos pacientes no hayan sido incluidos en los ensayos clínicos pivotales. El tratamiento con medicamentos anti-TNF- α ha dado resultados que varían desde el control de la enfermedad hasta su empeoramiento e incluso el desencadenamiento de la enfermedad como una reacción paradójica en pacientes tratados con ellos por psoriasis en placas y otras enfermedades inflamatorias. Con ustekinumab se han descrito también casos con buena respuesta y todavía no se han comunicado casos en los que se haya atribuido al medicamento la inducción de PPPP. En la patogenia del proceso parecen jugar un papel importante la IL17 por su capacidad de atraer a los polimorfonucleares neutrofilos y tanto el ustekinumab que a través de bloqueo de la IL23 actúa sobre las células Th17, como los medicamentos que actúan directamente sobre la IL17 (secukinumab, ixekizumab, brodalumab) probablemente jugarán un papel importante en el tratamiento de la PPP.

Bibliografía

- Petty AA, Balkrishnan R, Rapp SR, et al. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: Implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:271-5.
- Chalmers R, Hollis S, Leonardi-Bee J, Griffiths CEM, Marsland Bsc MRCP A. Interventions for chronic palmoplantar pustulosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD001433. DOI: 10.1002/14651858. CD001433.pub2
- Adisen E, Gurer MA. Therapeutic options for palmoplantar pustulosis. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:219-22.
- Mrowietz U, van de Kerkhof PC. Management of palmoplantar pustulosis: Do we need to change? *Br J Dermatol.* 2011;164:942-6.
- Martin DA, Towne JE, Kricorian G, et al. The emerging role of IL-17 in the pathogenesis of psoriasis: Preclinical and clinical findings. *J Invest Dermatol.* 2013;133:17-26.
- Kim DY, Kim JY, Kim TG, Kwon JE, Sohn H, Park J, et al. A comparison of inflammatory mediator expression between palmoplantar pustulosis and pompholyx. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;26. doi: 10.1111/jdv.12203. [Epub ahead of print].

3. TRATAMIENTO DEL RUBOR FACIAL (FLUSHING)

M. Salleras Redonnet

Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

El rubor facial espontáneo o en respuesta a diversos estímulos supone un problema "cosmético" de tal repercusión personal, laboral y social para los que lo padecen, que puede llegar a generar conductas fóbicas o de evitación. En esta presentación se evalúan los tratamientos cosméticos, médicos (tópicos y orales) y físicos disponibles para su control, así como las patologías a descartar ante estos casos.

4. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS CON PLASMA AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS

C. Villegas Fernández

Hospital Sanitas. La Moraleja. Madrid. España.

Las úlceras cutáneas representan una patología creciente en la consulta de dermatología debido al envejecimiento progresivo de la población. El paciente debe realizar gran número de desplazamientos y consultas hasta que esta patología es resuelta. Esto, añadido a la gran morbilidad asociada, provoca un elevado gasto sanitario y farmacéutico, así como una disminución de la calidad de vida y movilidad de nuestros pacientes. A lo largo de esta charla describimos con detalle el abordaje terapéutico de esta patología, tratando úlceras cutáneas de diversa etiología, pero con un curso crónico y mala respuesta a tratamientos convencionales, mediante el uso de plasma autólogo rico en plaquetas.

5. MANEJO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS

V. García-Patos Briones

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Bajo la denominación de micobacterias no tuberculosas (MNT) se engloban más de 100 especies de bacilos ácido-alcohol resistentes diferentes del complejo *Mycobacterium tuberculosis* y *M. leprae*. Entre los diferentes síndromes clínicos que pueden ocasionar (linfadenitis localizada e infecciones pulmonares, relacionadas con catéteres y osteoarticulares) se incluyen las infecciones de piel y tejido celular subcutáneo, que se adquieren fundamentalmente por vía percutánea. La incidencia de estos procesos está en aumento debido al incremento de pacientes inmunodeprimidos (VIH seropositivos, trasplantados de órganos sólidos y medicamentos inmunosupresores, sobre todo los corticoides) y al creciente número de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos estéticos, incluyendo infiltraciones de materiales de relleno, sustancias para adelgazar, acupuntura, tatuajes, pedicura, etc., realizados por personal médico y "paramédico". Son saprofitos ambientales, sobre todo en medios acuáticos, que producen enfermedad según el potencial patogénico de cada especie, el estado inmunológico del paciente y el grado de exposición. Es muy excepcional la transmisión de persona a persona. Las MNT pueden producir infecciones de piel y tejidos blandos con patrones clínicos específicos y, en muchos casos, inespecíficos. Entre los primeros se incluyen el granuloma de los acuarios o de las piscinas (*M. marinum*) y la úlcera de Buruli (*M. ulcerans*). Sin embargo, las especies de MNT aisladas con mayor frecuencia actualmente en lesiones cutáneas son las de crecimiento rápido, destacando *M. chelonae*, *M. abscessus* y *M. fortuitum*. Se manifiestan con pápulas, placas, nódulos, abscesos, celulitis, úlceras, fistulas, pústulas o foliculitis, todas ellas lesiones inespecíficas y que pueden afectar uno o varios territorios anatómicos. Para su diagnóstico es fundamental la anamnesis detallada indagando sobre la fuente de inoculación, el estudio histológico de las lesiones (con los granulomas supurativos como hallazgo guía), las tinciones específicas (Ziehl-Neelsen, Kinyoun, auraminarodamina), los cultivos microbiológicos (Lowenstein-Jensen en condiciones de temperatura y luz adecuadas) y, sobre todo, la valoración minuciosa de la relevancia de los resultados de acuerdo con unos criterios preestablecidos de patogenicidad. Las pautas de tratamiento para estas MNT que ocasionan infecciones cutáneas clínicamente inespecíficas están poco estandarizadas. Se puede plantear exéresis quirúrgica y/o antibióticos en monoterapia o terapia combinada. El pilar son los macrólidos, especialmente la claritromicina. Cuando se aísle *M. abscessus* parece preferible usar azitromicina para evitar la resistencia inducible por la claritromicina actuando sobre el gen *erm*. Combinados con la claritromicina se pueden añadir minociclina, quinolonas, sulfamidas, etambutol o linezolid, entre otros. La duración de estos tratamientos suele ser superior a 4-6 meses. Para ilustrar el reto diagnóstico y terapéutico que suponen las infecciones cutáneas por MNT expondremos nuestra experiencia con cinco casos clínicos breves, de acuerdo con unos criterios preestablecidos de patogenicidad, fuente de inoculaciones *cutado poosis* y *M. leprae*.

6. TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO B CON RITUXIMAB INTRALESIONAL

J.C. de la Torre y A. Flórez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.

Se presenta un caso de linfoma cutáneo de células B (LNHB CD20, BCL2, BCL6 CD23+, CD10-) que se presenta con múltiples lesiones faciales de carácter recurrente. El estadiaje confirma el carácter cutáneo primario del proceso. Debido a las posibles secuelas del tratamiento radioterápico o quirúrgico en lesiones multifocales a

nivel facial, se plantea como mejor opción terapéutica el tratamiento intralesional con rituximab. Se realiza el tratamiento siguiendo las pautas recomendadas por el Grupo de Trabajo Español de Linfoma Cutáneo con una excelente respuesta que se comenta en la exposición.

7. REJUVENECIMIENTO DEL CUELLO

M.A. Rodríguez Prieto

Clíderma León. España.

La mayor parte de nuestras actuaciones en rejuvenecimiento asientan en el polo cefálico. No es infrecuente observar caras perfectamente conservadas y rejuvenecidas, que asientan sobre un pedestal apergaminado, que es el cuello. El cuello, como las manos, es actualmente la mejor fuente de información de la edad real de una persona. Muchos pacientes se están dando cuenta de esto y no es infrecuente que nos soliciten ayuda para esconder este dato. El rejuvenecimiento del cuello tiene cierto grado de dificultad, tanto por su localización y movilidad, como por sus características anatómicas. Su localización, no siempre expuesta, hace que determinados tratamientos superficiales (láser, peeling, etc.) sean peor tolerados que cuando se realizan en zonas siempre expuestas, como la cara. Sus características anatómicas hacen que con mucha frecuencia tengamos que actuar sobre el envejecimiento de las tres estructuras: piel, grasa y plastima. Disponemos de distintos tratamientos para rejuvenecer la piel: radiofrecuencia, láser y luz pulsada y peelings químicos o materiales de relleno. Para eliminar la grasa de la papada o submandibular podemos recurrir a la liposucción clásica o asistida (ultrasonidos, láser, etc.) o lipodisolventes (desoxicolato sódico). Podemos tratar las bandeletas del platisma por métodos quirúrgicos, como la platismioplastia, acompañada o no de lifting; o no quirúrgicos con toxina botulínica; o intermedios, con hilos de suspensión. Yo voy a presentar mi técnica para tratamiento del envejecimiento del cuello. Combino la sección microquirúrgica de las bandeletas con un resurfacing de CO₂ fraccionado.

8. LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS EN DERMATOLOGÍA, CUÁNDO

J. Soto de Delás

Servicio de Dermatología. Policlínica Gipuzkoa. San Sebastián. España.

Algunas de las enfermedades más frecuentes de la piel son procesos de larga duración, de etiología multifactorial y todavía no completamente definida. Si además los tratamientos, además de largos, son difíciles o con fármacos no exentos de efectos secundarios importantes, identificar estilos de vida que permitan ayudar a controlar estos procesos será de gran utilidad para algunos subgrupos de pacientes. A través de la dieta que ingerimos se inicia el proceso biológico de la nutrición en que los componentes de la dieta se asimilan e incorporan en los tejidos ejerciendo funciones sobre la salud y en su caso la enfermedad. A lo largo del siglo veinte y basados en la evidencia científica se han emitido a la población recomendaciones dietéticas orientadas a prevenir deficiencias y promover la salud, en un contexto general de estilos de vida saludables. El papel que tienen la dieta y sus modificaciones en las enfermedades de la piel y en la salud cutánea es hoy motivo de controversias. A continuación se desglosan las enfermedades donde la dieta influye o puede influir en su desencadenamiento.

Enfermedades de la piel donde la dieta tiene un papel definitivo:

- Dermatitis herpetiforme
- Enfermedades genéticas y metabólicas donde una dieta de eliminación o suplementación de nutrientes específicos es obligatoria: fenilcetonuria, enfermedad de Refsum, tirosinemia, déficit de glu-

cosa-6-fosfato deshidrogenasa, galactosemia, xantomias, gota, porfirias.

- Trastornos relacionados con exceso o déficit de nutrientes específicos: Kwasiorkor, escorbuto, marasmo, acrodermatitis enteropática, frinoderma, carotenemia, pelagra, licopenia.
- Trastornos en que factores específicos de la ingesta están implicados en su etiopatogenia: trimetilaminuria (síndrome de olor a pescado), síndrome del aceite tóxico.
- Enfermedades en que la dieta tiene un probable papel en su patogenia: acné, pénfigo, dermatitis atópica, psoriasis, dermatitis alérgica de contacto, urticaria.
- Enfermedades y cambios cutáneos de relación incierta con la dieta: aftosis, envejecimiento cutáneo, rosácea.

Basándose en los nuevos conocimientos sobre cómo los factores nutricionales pueden tener un impacto sobre las enfermedades y en el aspecto estético de la piel, se revisa su influencia en el desarrollo de aquellas enfermedades, como la psoriasis y el acné, donde su papel es cada vez más evidente. La comprensión de la regulación epigenética de la expresión de los genes promovida por intervenciones nutricionales, así como la identificación que la microbiota ejerce un importante papel en la salud, nos llevarán previsiblemente en el futuro a promover intervenciones nutricionales específicas e individualizadas, tanto con dietas de exclusión, como de suplementación bien con alimentos de reconocida actividad biológica o bien con prebióticos y probióticos. Respecto al envejecimiento cutáneo es evidente la influencia positiva de una dieta sana y de reducir la glicación de los alimentos durante su manipulación culinaria. Mucho más difícil resulta identificar la eficacia e inocuidad de los suplementos dietéticos.

Bibliografía

- Apostolos P, editor. Nutrition and skin. New York. Springer; 2011.
- Burris J. Acne: The role of medical nutrition therapy. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113:416-30.
- Backed F. Programming of host metabolism by the gut microbiota *Ann Nutr Metab.* 2011;58 suppl 2:44-52.
- Cannistra C. New perspectives in the treatment of hidradenitis suppurativa: Surgery and brewer's yeast-exclusion diet. *Surgery.* 2013;154:1126-30.
- Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F, Ingordo V, Cussano F, Atzori L, et al. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:1129-35.
- Draeos ZD. Aging skin: The role of diet: Facts and controversies *Clin Dermatol.* 2013;31:701-6.
- Fariás MM, Serrano V, de la Cruz C. Psoriasis y obesidad: revisión y recomendaciones prácticas. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102: 505-9.
- Hutley L, Prins JB. Fat as an endocrine organ: Relationship to the metabolic syndrome. *Am J Med Sci.* 2005;330:280-9.
- Johnson JA, Ma C, Kanada KN, Armstrong AW. Diet and nutrition in psoriasis: Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) in the United States. *J Eur Acad Dermatol* 2013;Feb 25. doi: 10.1111/jdv.12105.
- Kaimal S, Thappa DM. Diet in dermatology: Revisited. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:103-5.
- Jensen P. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA Dermatol.* 2013;149:795-801.
- Lakdawala N. The role of nutrition in dermatological diseases: Facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31: 677-700.
- Latreille J. Association between dietary intake of n-3 polyunsaturated fatty acids & severity of skin photoaging in a middle-aged Caucasian population. *J Dermatol Sci.* 2013;72: 233-9.
- Liakou AI. Nutritional clinical studies in Dermatology. *J Drugs Dermatol.* 2013;12:1104-9.
- Markle JG, Frank DN, Mortin-Toth S, Robertson CE, Feazel LM, Rolfe-Kampczyk U, von Bergen M, McCoy KD, Macpherson AJ, Danska JS. Sex differences in the gut microbiome drive immune regulation of autoimmunity. *Science.* 2013;339:1084-8.

- Melnik B. Diet in acne: Further evidence for the role of nutrient signalling in acne pathogenesis. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92:228-31.
- Mocco S. Martin FPJ, Rezzi. Metabolonomics on gut microbioma modulation by polyphenol rich foods. *J Proteoma Res.* 2012;11:4781-90.
- Piccardi N Manissier P. Nutrition and nutritional supplementatation. Impact on skin health and beauty. *Dermatoendocrinol.* 2009;1:271-4.
- Shankar S. Epigenetic modifications by dietary phytochemicals: Implications for personalized nutrition. *Pharmacol Ther.* 2013;138:1-17.

9. NUTRICOSMÉTICOS

A. Guerra Tapia

Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. Madrid. España.

En las últimas décadas el uso de suplementos nutricionales ha sufrido un auge aunque las evidencias científicas no siempre han estado a su favor. Términos como alimento funcional, alimento nootrópico, nutricosmético, nutracéutico, o el mismo de suplemento nutricional, se han incorporado al vocabulario del mundo sanitario tanto en los ambientes académicos como divulgativos. Es cierto que una alimentación adecuada es la base de la salud y la prevención de la enfermedad, y que los desequilibrios y deficiencias nutricionales se manifiestan a veces de forma fehaciente -peLAGRA, xerosis, efluvio telógeno- o de forma larvada con pequeñas alteraciones de la piel y el cabello. Pero también es cierto que determinados nutrientes de acción favorable sobre el órgano cutáneo, a menudo no alcanzan la cantidad suficiente a través de la dieta como para poder ejercer sus efectos beneficiosos. Tanto la proporción necesaria, que se consigue por la multiplicidad simultánea de alimentos -sinergismo- como la presencia de otros componentes como la fibra pueden influir en la asimilación conveniente. Aunque una alimentación equilibrada y adaptada al individuo es, en sí misma, suficiente para aportar todos los principios necesarios tanto a nivel de macro como de micronutrientes, en las dietas supuestamente bien equilibradas pueden existir desequilibrios que antes no se daban, asociados posiblemente al empobrecimientos de las tierras de cultivo en algunos minerales o al cambio en la alimentación animal, de forma que ciertas intervenciones dietéticas innecesarias hace unas décadas pueden ser hoy, imprescindibles. En este punto se hacen presentes los suplementos nutricionales. Un compuesto nutracéutico se puede definir como un suplemento dietético, presentado en una matriz no alimenticia (píldoras, capsulas, polvo, etc.), de una sustancia natural bioactiva concentrada presente usualmente en los alimentos y que, tomada en dosis superior a la existente en esos alimentos, presumiblemente, tiene un efecto favorable sobre la salud, mayor que el que podría tener el alimento normal. La actividad biológica de estos principios activos incorporados habitualmente a través de la dieta, se ha estudiado en distintos ámbitos como son la prevención cardiovascular con los fitosteroles y omega 3 entre otros, o la salud ósea con los componentes de la soja. Cuando la intención es actuar sobre la piel y el cabello, se habla de nutricosméticos. Así pues, un nutricosmético es el suplemento nutricional formado por sustancias naturales, de origen animal o vegetal, contenidas habitualmente en los alimentos, y usado por vía oral a diferentes dosis, para actuar directamente sobre la piel y el cabello. Los nutricosméticos están basados en el concepto de que la clave para mejorar el aspecto y la belleza exterior ha de ser buscando la salud global, es decir, la “*belleza desde el interior*”, y sus efectos pueden ejercerse con diversos fines como fotoprotección, antioxidación, antiinflamatorios, modulaciones de la respuesta inmune, moduladores de reacciones enzimáticas o como

señalizadores celulares. Es necesario que previamente se haya demostrado su biodisponibilidad, es decir que se absorban y lleguen a los tejidos diana en cantidades adecuadas; que existan estudios que avalen su eficacia frente a placebo y poder valorar y cuantificar los cambios a nivel de parámetros como la hidratación, fotoprotección u otros. Los cambios en el estado nutricional nos afectan globalmente. La dieta occidental es en muchos casos favorecedora de procesos de tipo inflamatorio y pro-oxidante, siendo preciso intervenir aconsejando un mayor consumo de alimentos de origen vegetal y de determinadas grasas esenciales. Los suplementos nutricionales bien indicados y personalizados pueden conseguir resultados beneficiosos sobre la piel y el cabello, difícilmente alcanzables solo con la dieta.

10. NOVEDADES ACERCA DEL MANEJO Y DE LA URTICARIA CRÓNICA

A.M. Giménez Arnau

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Con el término urticaria se incluye un grupo de trastornos caracterizados por la presencia de habones, angioedema o ambos. Esta definición es la que de forma consensuada se incluye en la actualización de las Guías Europeas de la EAACI/GA2LEN/WAO/EDF (Berlín 2012) y avaladas por diferentes sociedades dermatológicas distribuidas por todo el mundo incluida la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). En general la urticaria se diagnostica fácilmente, siempre que se tenga muy clara la naturaleza evanescente de su lesión elemental, el habón. La roncha o el habón permanece en su ubicación no más de 24 horas, no así el angioedema que tiende a permanecer hasta 78 horas. El síntoma guía es el prurito. Ocasionalmente las lesiones muy edematosas de palmas o plantas así como los habones propios de la urticaria por presión retardada pueden ser dolorosos. En la urticaria, los habones y el angioedema están desencadenados por la activación de los mastocitos en la piel y la posterior liberación de mediadores. La histamina juega un importante papel, aunque otros mediadores mastocitarios, como los leucotrienos y el factor de activación plaquetar (PAF), están implicados en la génesis de los síntomas. Tanto los síndromes autoinflamatorios como la urticaria vasculitis muestran lesiones urticariales peculiares desencadenadas por otros mecanismos y han de considerarse en el diagnóstico diferencial. Si exclusivamente está presente el angioedema, se incluye en el diagnóstico diferencial el angioedema hereditario o el angioedema debido a los inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina, cuyos síntomas no están desencadenados por los mastocitos o por sus mediadores, sino por la bradiquinina. La urticaria puede clasificarse según el curso en formas agudas y crónicas. La urticaria crónica se diagnostica cuando los síntomas clínicos duran más de seis semanas. Se trata de una enfermedad frecuente cuya prevalencia es aproximadamente del 1%. Se incluyen formas espontáneas e inducibles. En aquellas formas de urticaria crónica en las que los habones aparecen sin un desencadenante concreto en cualquier parte del cuerpo y a cualquier hora del día se han podido tipificar formas de etiología conocida (e.g. autorreactividad sérica/autoinmune) o bien desconocida. Las urticarias inducibles pueden dividirse en físicas (e.g. frío, calor, solar, vibración, presión, fricción) y entre otras se incluyen la urticaria colinérgica, acuagénica y de contacto). Mediante la historia clínica es necesario tipificar el tipo de urticaria que tiene el paciente pudiendo el mismo paciente mostrar concomitantemente más de un tipo de urticaria. En relación a las pruebas complementarias relativas al diagnóstico etiológico la actualización de las guías da una serie de recomendaciones. En caso de urticaria aguda la etiología suele poderse identificar a partir de la historia clínica; infección aguda, fármacos, alimentos,

etc. Solo en caso de sospecha formal de una alergia, habitualmente IgE mediada, se recomienda su estudio. En caso de urticaria crónica espontánea el proceso diagnóstico es diferente. Consiste en dos fases. El primero es descartar una enfermedad inflamatoria sistémica mediante valoración de la VSG y del hemograma así como descartar la implicación de fármacos antiinflamatorios no esteroideos. El segundo paso se aplica en aquellos pacientes con formas muy severas y de curso prolongado. Según la historia clínica se ha de evaluar la autorreactividad sérica, la intolerancia alimentaria y las infecciones crónicas. A diferencia de la urticaria crónica espontánea la etiología de las formas inducibles es desconocida. Se recomienda el acurado diagnóstico mediante la prueba de provocación estandarizada y en la medida de lo posible la determinación de los umbrales. Nuestro objetivo al abordar terapéuticamente la urticaria es obtener la completa resolución de los síntomas, bien eliminando la causa responsable bien tratando los síntomas. Antes de iniciar cualquier tratamiento se recomienda determinar la actividad de la enfermedad. Para ello se puede emplear una escala denominada "Urticaria Activity Score" (UAS) que considera la intensidad del prurito y el número de habones diario. Pudiéndose dar el valor del día previo a la consulta (UAS), de los 7 días previos (UAS7) o de las tres semanas previas (UAS3w). Se recomienda también completar la visita inicial con los cuestionarios de calidad de vida específicos para urticaria (CUQ2oL) y para angioedema (AE-QoL). El tratamiento sintomático actualmente avalado por los expertos en las guías incluye, los antihistamínicos no sedantes (dosis estándar) como primera línea terapéutica. El tratamiento con los antihistamínicos de segunda generación ha de ser continuado. Si a las dosis licenciadas no se obtiene un control de los síntomas en un máximo de 2 semanas se recomienda aumentar la dosis del antihistamínico hasta incluso cuatro veces la dosis licenciada. En caso de fracaso terapéutico empleando estos fármacos, que pueden ser empleados durante un largo periodo de tiempo por su seguridad, se recomienda actualmente el empleo de omalizumab (anti-IgE) o ciclosporina A con un grado de evidencia elevado o montelukast con un grado de evidencia bajo. En cualquier caso el empleo de corticosteroides orales debiera limitarse a cortos periodos de tiempo para control de las exacerbaciones. Otros fármacos empleados ocasionalmente (e.g dapsona) precisarían ser estudiados contra placebo para poder aumentar su nivel de evidencia. Hasta la fecha cualquier tratamiento que se emplee para el control de la urticaria crónica, que no sean los antihistamínicos, está fuera de indicación. Durante los últimos tres años, el desarrollo clínico para demostrar eficacia y seguridad de omalizumab para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea refractaria al tratamiento antihistamínico se ha completado con éxito. Nosotros como facultativos responsables del tratamiento de nuestros pacientes y sobre todo los pacientes tenemos por delante un futuro mejor. La urticaria crónica espontánea grave es muy invalidante interfiriendo la calidad de vida de los pacientes al mismo nivel que las enfermedades coronarias. Si bien la urticaria crónica puede prolongarse durante algunos años, no es una enfermedad para toda la vida. El pronto diagnóstico y control de los síntomas con terapias de acción rápida, eficaces y seguras permitirá abortar el curso natural del brote, de la enfermedad.

11. TRATAMIENTO GENERAL DEL PRURITO

J.C. Moreno Giménez

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Excatedrático de Dermatología. Universidad de Córdoba. España.

El tratamiento del prurito ha experimentado cambios llamativos en los últimos años, basados en un mejor conocimiento de su fisiopatología y por tanto de sus receptores y mediadores. Estos nuevos conceptos hacen que sea obsoleto el simplificar el tratamiento del

paciente con prurito al uso de antihistamínicos. El tratamiento del prurito debe ser en primer lugar etiológico. En este sentido el Forum Internacional para el Estudio del Prurito (IFSI) establece una clasificación actualizada en seis grupos.

Medidas generales en el manejo del prurito

Independientemente del tipo de prurito existen una serie de medidas básicas a considerar en el manejo del paciente con picor y que en líneas generales tratan de mantener la función barrera cutánea mediante el uso de hidratantes y jabones adecuados, siempre de pH ácido, y evitar posibles causas desencadenantes como presión/roce de vestidos, tejidos sintéticos o cambios de temperatura.

Tratamiento tópico del prurito

- Hidratación. Es una medida importante a tener presente en cualquier tipo de prurito, ya que las pieles secas y senil son por sí mismas causa de picor.
- Corticoides. Los corticoides locales no tienen efecto antipruriginoso por lo tanto carecen de eficacia en el prurito, salvo que exista una dermatosis inflamatoria de base. Inmunomoduladores tópicos Inhibidores de la calcineurina. Tacrolimus y Pimecrolimus son indicación es la dermatitis atópica, pero se ha demostrado utilidad en otras dermatosis inflamatorias. Se ha señalado que el tacrolimus actúa sobre transient-receptor potential vanilloid receptor-1 (TRPV1) localizado en las fibras nerviosas y tiene un papel reductor del picor.
- Ácido acetilsalicílico. El uso de una solución de aspirina en diclorometano al 3%, aplicada dos veces al día ha mostrado ser más eficaz que el placebo en el tratamiento de algunas dermatosis pruriginosas como el "liquen simple crónico", gracias a su acción inhibidora de la ciclooxigenasa.
- Antihistamínicos. Es conocida la escasa eficacia y la posibilidad de producir complicaciones que tienen los antihistamínicos de uso tópico. Tan solo la doxepina al 5%, no comercializada en España, ha demostrado utilidad en el tratamiento de diversas dermatosis inflamatorias. Debe emplearse con precaución dada su posible inducción de sensibilidad de contacto y su absorción (somnolencia en niños).
- Mentol. Es una medicación clásica. Se emplea en aquellos pacientes que refieren mejoría con el frío. La concentración recomendada es del 1-3% ya que a cifras superiores resulta irritante.
- Vaniloides. Su principal representante es la capsaicina, que se utiliza dermatología para el tratamiento de distintas alteraciones sensoriales: dolor (neuralgia postzoster, vulvodinia, neuropatía por VIH, etc.), parestesia (diabetes), y prurito. La capsaicina puede resultar útil hasta en el 70% de los pacientes con: notalgia parestésica, prurigo nodular, prurito acuagénico, etc... Su principal efecto secundario es la sensación de escozor, que puede mejorarse con la aplicación previa de un anestésico tópico. NGX-4010, una alta concentración de capsaicina (8%) en forma de parche dérmico, proporciona un alivio duradero del dolor neuropático periférico y ha sido recientemente aprobado por la FDA.
- Anestésicos. Anestésicos locales como la pramoxina 1%, lidocaina al 5% y la mezcla eutéctica de lidocaina al 2,5% + 2,5% de prilocaína (EMLA), han demostrado tener propiedades antipruriginosas. El polidocanol es un tensioactivo no iónico con propiedades anestésicas e hidratantes. La combinación de urea 5% y 3% de polidocanol ha demostrado ser significativamente efectiva en el tratamiento del prurito en pacientes con dermatitis atópica, dermatitis de contacto y psoriasis.
- Otros tratamientos tópicos

- Calamina
- Alcanfor
- Icilin
- Agonistas de prostaglandinas D2
- Rafinosa
- Canabionides

Tratamiento sistémico del prurito

- Antihistamínicos. Los antihistamínicos orales tienen poco efecto sobre el prurito. Sin embargo, los que tienen acción

sedante (antihistamínicos de primera generación) pueden tener utilidad en pacientes en los que el prurito se exacerba por la noche. La aparición en el mercado de antihistamínicos frente a los receptores H-3 y H-4 pueden aportar nuevas opciones terapéuticas.

- Antidepresivos. Inhibidores selectivos de la recaptación de la neuroepinefrina (SNRI) y muy especialmente la mirtazapina. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): paroxetina y fluvoxamina.
- Sistema opioide. La administración sistémica de agonistas produce picor pero los k agonistas lo reducen. Distintos ensayos demuestran la eficacia de los antagonistas μ -opioides (Naloxona, naltrexona, alvimopán y malmefene). Butorfanol y nalfurafina, agonistas del receptor k-opiáceo, parecen también ser útiles frente al prurito. Naltrexona 1% en crema, mostró mejoría en el 80% de pacientes con dermatitis atópica). Así mismo se han realizado ensayos en animales con butorfanol tópico liposomado con buenos resultados, pero no existe experiencia en humanos.
- Neurolépticos. La gabapentina puede ser particularmente útil en las formas de prurito neuropático relacionadas con los trastornos de atrapamiento de nervios, tales como prurito braquiorradial y neuralgia parestésica. Se ha demostrado que la toma de 300 mg de gabapentina oral después de cada sesión de hemodialisis es una opción segura y eficaz para el tratamiento del prurito asociado a enfermedad renal crónica. La gabapentina también se ha descrito puede ser particularmente útil en el tratamiento del prurito asociado a linfoma. La pregabalina también goza de un efecto beneficioso sobre el prurito crónico.
- Antagonistas de la sustancia P. Aprepitant se usa como un fármaco antiemético oral que antagoniza el efecto de la sustancia P en el receptor de neuroquinina-1. Se ha demostrado que es eficaz contra el prurito asociado a síndrome de Sezary.
- Fototerapia. Se ha demostrado que la exposición a UVB en la mitad del cuerpo indujo una reducción generalizada de prurito en pacientes con uremia, lo que sugiere un impacto de la fototerapia en circulación de mediadores.

Otras perspectivas

La toxina botulínica (TB), además de su utilidad en el tratamiento de las arrugas de expresión e hiperhidrosis, tiene una serie de indicaciones en distintos procesos dermatológicos, entre ellos el tratamiento del prurito/dolor crónico. Distintos trabajos han verificado que el uso de TB es útil en el tratamiento de diversos tipos de dolor neuropático como prurito braquiorradial, neuralgia parestésica, liquen simplex y vulvodinia.

Bibliografía

- Bigliardi PL, Stammer H, Jost G, et al. Treatment of pruritus with topically applied opiate receptor antagonist. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:979-88.
- Demierre MF, Taverna J. Mirtazapine and gabapentin for reducing pruritus in cutaneous T-cell lymphoma. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:543-4.
- Drake LA, Millikan LE, Doxepin Study Group. The antipruritic effect of 5% doxepin cream in patients with eczematous dermatitis. *Arch Dermatol.* 1995;131:1403-8.
- Duval A, Dubertret L. Aprepitant as an antipruritic agent? *N Engl J Med.* 2009;361:1415-6.
- Freitag G, Hoppner T. Results of a postmarketing drug monitoring survey with a polidocanol-urea preparation for dry, itching skin. *Curr Med Res Opin.* 1997;13:529-37.
- Kavanagh GM, Tidman MJ, Botulinum JD. A toxin and brachioradial pruritus. 2012;166:1121-54.
- Gilchrist BA, Rowe JW, Brown RS, Steinman TI, Arndt KA. Ultraviolet phototherapy of uremic pruritus. Long-term results and possible mechanism of action. *Ann Intern Med.* 1979;91:17-21.
- Kjellberg F, Tramer MR. Pharmacological control of opioid-induced pruritus: A quantitative systematic review of randomized trials. *Eur J Anaesthesiol* 2001;18:346-357.

- Markovits E, Gilhar A. Capsaicin -an effective topical treatment in pain. *Int J Dermatol.* 1997;36:401-4.
- Patel T, Ishiui Y, Yosipovitch G. Nocturnal itch: why itch at night? *Acta Derm Venereol.* 2007;87:295-8.
- Pelletier F, Parratte B, Penz SJ, Moreno P, Aubin F, Humbert P. Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *Br J Dermatol.* 2011;164:617-22.
- Rossbach K, Nassenstein C, Schnell D, et al. Histamine H1, H3, and H4 receptors are involved in pruritus. *Neuroscience.* 2011;190:89-102.
- Stander S, Streit M, Darsow U, et al. Diagnostic and therapeutic procedures in chronic pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006;4:350-70.
- Stander S, Weusshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: A position paper International Forum for the Study of Itch *Acta Dermatol Venereol.* 2007;87:291-3.
- Stander S, Bockenholt B, Schurmeyer-Horst F, et al. Treatment of chronic pruritus with the selective serotonin re-uptake inhibitors paroxetine and fluvoxamine: Results of an open-labelled, two-arm proof-of-concept study. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:45-51.
- Weinfeld PK. Successful treatment of notalgia paresthetica with botulinum toxin type A. *Arch Dermatol.* 2007;143:980-2.
- Yosipovitch G, Maibach HI, Rowbotham MC. Effect of EMLA pretreatment on capsaicin-induced burning and hyperalgesia. *Acta Derm Venereol.* 1999;79:118-21.
- Yosipovitch G, Maibach HI. Effect of topical pramoxine on experimentally induced pruritus in humans. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:278-80.
- Yosipovitch G, Sugeng MW, Chan YH, et al. The effect of topically applied aspirin on localized circumscribed neurodermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:910-3.

12. CICATRICES Y GRANULOMAS DE DIFÍCIL SOLUCIÓN. TRATAMIENTO

J.L. Cisneros Vela, R. del Río y A. Brichs

Consulta Dr. Cisneros. Barcelona. España.

Existen una serie de cicatrices cutáneas que por sus características clínicas (concavidad, profundidad, grosor, relieve, adherencias, depresiones, retracciones, atrofas, etc.) y ciertos granulomas a cuerpo extraño (silicona, metacrilatos) son difíciles de solucionar actualmente. Presentamos un proceder terapéutico que combina la aplicación de un láser Nd:YAG de 1064 nm y 250 microsegundos y KTP:YAG de 532, 585 y 650 nm Q-Switch y por otro lado la inyección a presión dermo-epidérmica de CO₂. El láser de N:Yag de 1064 nm, no ablativo, pulsado, fraccional, se aplica en modo ACELERA de 250 microsegundos de alta energía calórica con efecto termicomodulador del colágeno, modificando la estructura de los tejidos cutáneos dañados, reduciendo la inflamación y densidad de los granulomas, facilitando su disgregación y mejorando el aspecto y lisado de la piel. La inyección a presión del CO₂ calefactado a nivel dérmico, produce una hiperoxigenación, vasodilatación, angiogenesis y formación de neocolágeno, favoreciendo la cicatrización y reconstrucción cutánea. La presión y difusión del CO₂ distiende la piel y rompe las adherencias de las cicatrices y cohesión de los granulomas, estimulando los baroreceptores de Pacini que liberan bradiquinina, catecolaminas, histamina y serotonina, responsables de la retracción y estiramiento cutáneo. A nivel subepidérmico rompen las bridas cicatriciales. Trabajando cuidadosamente toda la zona e individualizando cada tipo de lesión y ajustando adecuadamente los parámetros de tratamiento de cada técnica, conseguiremos unos resultados altamente satisfactorios sin parangón con las técnicas conocidas hasta ahora.

13. TRATAMIENTO DE ARRUGAS DEL LABIO SUPERIOR

J.M. Miralles López

Miralles Dermatología. Palma de Mallorca. España.

Como opción de rápida recuperación y eficaz en el tratamiento de las arrugas del labio superior presentamos el tratamiento combinado con láser fraccionado no ablativo de 1540 nm y láser fraccionado ablativo de 2940 nm (erbium) como último pase en la misma sesión y con una lente especial que en lugar de producir puntos de ablación va a producir líneas (lente "groove") que entrelazadas nos van a dejar islotes de piel no dañada a partir de los cuales se producirá la reepitelización. El procedimiento tiene un downtime de 4-5 días momento a partir del cual la epitelización es completa y el eritema residual cede en unos 10-15 días (mientras tanto será fácilmente cubierto con maquillaje). El resultado se verá progresivamente en los meses siguientes. El tratamiento puede ir precedido de infiltración de ácido hialurónico poco o no reticulado con lo que permitirá evidenciar antes los resultados.

14. PLASMA

M. Asín Llorca

Director de la Cátedra de Dermocosmética. Universidad Miguel Hernández de Elche. Centro Dermatológico Estético. Alicante. España.

Presentamos nuestra experiencia en la utilización del plasma enriquecido en plaquetas como regenerador de distintos órganos cutáneos, comentamos la situación legal actual de esta técnica y así mismo indicamos nuestra forma de empleo y los resultados que obtenemos en las distintas aplicaciones.

15. NUTRIGENÉTICA-NUTRIGENÓMICA. BASES DE UNA NUTRICIÓN PERSONALIZADA

A. Corno Caparrós

Farmacéutico-Genetista Clínico. Análisis Genéticos ANCOR. España.

La nutrigenética analiza los efectos de variaciones genéticas (SNPs, CNV y MVP) sobre la respuesta a los alimentos que forman parte de nuestra dieta y la nutrigenómica el papel de los nutrientes y compuestos bioactivos (fitonutrientes) presentes en los alimentos sobre la expresión génica. En la práctica ambos términos se utilizan indistintamente. Hay razones que justifican la importancia de ambas en Dermatología y Cosmética: 1) La elevada frecuencia de variaciones genéticas en la población general y como muchas de estas variaciones afectan a procesos biológicos como la absorción, transporte, metabolización, tolerancia a y de nutrientes y a mecanismos específicos de la salud-enfermedad de la piel, como la síntesis y reparación de ácidos nucleicos por exposición a UV o al ensamblaje y transporte del procolágeno o la organización de las fibras de colágeno. 2) La importancia creciente que para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades han ido adquiriendo micronutrientes y fitonutrientes por los conocimientos generados por la biología molecular, celular, genómica, proteómica, metabolómica y el gran desarrollo y accesibilidad de tecnologías de análisis como la PCR, Secuenciación, Arrays de Expresión, herramientas bioinformáticas, etc. 3) La gran frecuencia en poblaciones desarrolladas de estados de malnutrición por exceso (obesidad) pero también por defecto (cáncer) y como estos afectan a la expresión génica y estabilidad del genoma dando lugar a fenotipos de enfermedad a lo largo de una vida cada vez más prolongada. Los objetivos finales de nuestro trabajo en nutrigenética-nutrigenómica son: Definir los nutrientes: Qué nutrientes y sus niveles: Qué cantidad, bajo un punto de vista de la persona, analizando su estatus genómico como base

que nos permita definir su Nutrioma (combinación de los nutrientes/cantidades que es necesaria ingerir) para asegurar el mantenimiento de su genoma, la expresión génica, el metabolismo y que las funciones celulares y tisulares puedan desarrollarse fisiológicamente de una forma mantenida en el tiempo. Expondremos concisamente el estatus actual en nutrigenética de dos micronutrientes como el ácido fólico y la vitamina D implicados en la salud cutánea. Y como abordamos en nuestro Centro y Laboratorio, las aplicaciones en la práctica diaria de los nuevos conocimientos en nutrigenómica.

SNP = Single nucleotide polymorphism (polimorfismo de nucleótido sencillo)

CNV = Copy number variation (variaciones en el número de copias)

MVP = Methylation variable position (posiciones de metilación variable)

Bibliografía

Stover PJ. Influence of human genetic variation on nutritional requirements. *Am J Clin Nutr.* 2006;83:436S-42S.

Fenech MF. Dietary reference values of individual micronutrients and nutriomes for genome damage prevention: Current status and a road map to the future. *Am J Clin Nutr.* 2010;91 suppl:1438S-54S.

Fenech MF. Nutriomes and nutrient arrays - the key to personalized nutrition for DNA damage prevention and cancer growth control. *Genome Integrity.* 2010,1:11.

16. ¿CÓMO TRATO YO LAS ESTRÍAS?

M. Truchuelo Díez

Grupo Dermatológico Pedro Jaén. Madrid. España.

Las estrías son un motivo de consulta frecuente en dermatología estética. Repasaremos los tratamientos más utilizados en la clínica habitual, haciendo diferencia entre los dos tipos diferentes de estrías, las rubra y las alba, por recibir un abordaje diferente y presentar un pronóstico distinto. Es importante transmitir unas expectativas adecuadas a cada tipo de estría. Así mismo es importante elegir el tratamiento más adecuado para cada paciente y generalmente será una combinación de varios tratamientos lo que nos proporcione unos mejores resultados.

17. TERAPIAS CELULARES AVANZADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA GENODERMATOSIS

M. del Río Nechaevsky

Departamento de Bioingeniería. Universidad Carlos III. CIEMAT-CIBER de Enfermedades Raras U714. Madrid. España.

La patología cutánea no neoplásica comprende, además de las enfermedades comunes de alta incidencia en la población, un número importante de enfermedades raras hereditarias con sintomatología y consecuencias generalmente muy graves y sin tratamiento específico. La posibilidad de curación del tejido cutáneo en enfermedades de origen genético, utilizando terapia génica permanente, ha sido considerada en los últimos años. Esto se debe en gran parte a la identificación de los genes (más de 90) asociados a estas patologías. Dichas enfermedades son monogénicas y se deben a mutaciones en genes que codifican, en su mayoría, para proteínas que juegan un papel clave en el anclaje de la epidermis a la dermis como la laminina 5 o el colágeno VII. La Epidermolisis Bullosa (EB) un grupo de enfermedades genéticas rara para las cuales no existe, a día de hoy, ningún tratamiento eficaz. Se caracteriza por la erupción de ampollas en la piel de forma espontánea o por traumatismos mínimos. Este incremento de la fragilidad de la piel se debe a mutaciones en genes que codifican varias proteínas estructurales, intra o extracelulares, responsables de mantener la resistencia mecánica del tejido. Se clasifican, según el nivel ultraestructural en

que se produce la ampolla en tres grandes grupos: simple (EBS), si se localiza en la capa basal de la epidermis; juntural (EBJ), si se localiza en la unión dermo-epidérmica y; distrófica (EBD), si la separación se produce en la dermis. Cada uno de estos grupos se subclasifica en función de sus características clínicas, histológicas y genéticas. La terapia génica y posiblemente también alguna nueva alternativa de terapia celular representan los únicos abordajes terapéuticos válidos para estas enfermedades. Nuestro grupo estableció un sistema optimizado para el estudio *in vivo* de piel humana genéticamente modificada para estudios preclínicos que permite mantener la expresión génica por tiempos prolongados demostrando a su vez la viabilidad de mantener *in vivo* células madre epidérmicas modificadas genéticamente y funcionales utilizando estrategias de adición y, más recientemente, de edición génica. Estos sistemas se han utilizado con éxito para la corrección, a nivel preclínico, de EB, XP y Síndrome de Netherton, entre otros. Durante la presentación se discutirán también otras alternativas como la asociación de células madre de origen mesenquimal en la generación de "biopieles" o el empleo de células madre epidérmicas corregidas naturalmente durante la vida del paciente.

18. TERAPIA CELULAR Y MEDICINA REGENERATIVA DE PIEL

M. del Río Nechaevsky

División de Biomedicina Epitelial. CIEMAT-CIBERER. Madrid. España.

La piel, el órgano externo que nos protege del medio ambiente, es diana de numerosas agresiones por agentes químicos, físicos, biológicos, así como de enfermedades genéticas o inflamatorias. Las pérdidas cutáneas como las que ocurren ante quemaduras graves de gran superficie corporal pueden comprometer la vida del individuo que las padece. En esos casos, ante la imposibilidad de contar con suficiente piel sana para llevar a cabo autotrasplantes, es necesario contar con sustitutos cutáneos cultivados trasplantables que regeneren las zonas carentes de piel. El éxito de la medicina regenerativa de piel es consecuencia de los avances en el campo de la ingeniería tisular cutánea. La optimización en la generación de tejido cutáneo bioingenierizado se está centrando fundamentalmente en una estrategia que consiste en asociar al componente epidérmico un componente dérmico con la idea de acercar, cada vez más, el producto trasplantable, a una piel nativa pero sin perder capacidad regenerativa o incluso enriqueciéndola. En trabajos previos nuestro equipo ha desarrollado un equivalente cutáneo cultivado constituido básicamente por dos compartimentos: 1) Una dermis compuesta por fibroblastos humanos viables ensamblados en un molde tridimensional de fibrina que simula *in vitro* el proceso de cicatrización, comportándose por tanto como un fuerte inductor de la proliferación de los queratinocitos y a la vez como un protector/preservador de la capacidad regenerativa de las células madre epidérmicas *in vivo* y 2) Una epidermis formada por queratinocitos que se siembran sobre la matriz 3-D de fibrina. Este equivalente cutáneo o piel bioingenierizada ha sido empleado con éxito en estudios clínicos de terapia celular para el tratamiento de pérdidas masivas de piel y otros defectos cutáneos que incluyen quemaduras graves, nevus gigante, enfermedad injerto contra huésped y fascitis necrotizante, entre otras. Además de las aplicaciones de la terapia celular basadas en la ingeniería tisular cutánea para pérdidas de piel traumáticas o por patologías no genéticas, nuestro grupo está activamente investigando la posibilidad de utilizar estas aproximaciones para el tratamiento de enfermedades hereditarias de piel como la Epidermolisis Bullosa. En estos casos lo que se busca es que algunos de los componentes celulares (alógenicos) del equivalente cutáneo sean capaces de proveer las proteínas deficitarias (ej: colágeno VII) ayudando a la reparación del tejido. La diversidad de enfermedades de piel tiene un gran impacto en la salud pública y, a pesar de

que en muchos casos se conocen en profundidad los mecanismos patogénicos, las herramientas terapéuticas de la dermatología actual no han avanzado en proporción al conocimiento de las bases de la enfermedad. Esto se debe en parte a la falta de modelos adecuados donde ensayar nuevos tratamientos. El trasplante de piel humana bioingenierizada a ratones inmunodeficientes nos ha permitido también generar sistemas modelo humanizados para estudios de cicatrización y efectos de radiaciones ultravioleta. Estudios recientes llevados a cabo por nuestro laboratorio en el marco de un proyecto europeo del VIPM de la UE demostraron la posibilidad de recapitular de forma duradera enfermedades cutáneas hereditarias monogénicas (por ejemplo las forma juntural y distrófica de la Epidermolisis Bullosa). El sistema implica la deconstrucción-reconstrucción de la piel de los pacientes aquejados de las distintas enfermedades. Es decir, el aislamiento y amplificación *in vitro* de células (fibroblastos y queratinocitos, incluyendo la población de células madre epidérmicas) a partir de biopsias y su ensamblaje en equivalentes cutáneos que se trasplantan posteriormente a ratones inmunodeficientes. La piel humana regenerada retiene las principales características patológicas del donante. El modelo de regeneración de piel humana en ratón ofrece además la posibilidad de utilizar queratinocitos y/o fibroblastos humanos modificados genéticamente. A partir de estos estudios se abre un gran abanico de posibilidades de recreación fehaciente de diversas patologías cutáneas humanas *in vivo*.

19. QUÉ HAY DE NUEVO EN... TECNOLOGÍA

N. Landa Gundín

Clínica Dermitek. Bilbao. España.

La tecnología en el campo de la dermatología está en continua innovación, sobre todo en los últimos veinte años. Diferentes energías físicas como la luz, radiofrecuencia, ultrasonidos, frío o microondas se intentan hacer pasos para resolver problemas que plantean nuestros y nuestras pacientes. Lo hacen en forma de aparatos que se diseñan para intentar alcanzar la diana deseada. Hay tecnologías ya consagradas y otras emergentes. En esta ponencia se discutirán tecnologías que han salido recientemente al mercado y que tienen alguna base científica. Se analizarán los campos de la depilación láser, varices con láser endovenoso, rejuvenecimiento facial, alopecia, hiperhidrosis, varices, onicomiosis, tatuajes y también fármacos. Se intentará analizar objetivamente los datos disponibles sobre eficacia, seguridad y costes.

20. QUÉ HAY DE NUEVO EN... LIPOLISIS

R. Ruíz Rodríguez

Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

Hasta hace pocos años la grasa era considerada un tejido estático con una función mecánica aislante, y sin posibilidad de producir nuevos adipositos a partir de la pubertad. Hoy se sabe que el tejido graso es un tejido muy activo, productor de moléculas que influyen en la regulación del peso y que existe la posibilidad de producción de nuevos adipositos en la edad adulta. Hoy existe una demanda por parte del paciente de técnicas mínimamente invasivas que permitan una recuperación inmediata a la vida habitual. De hecho las técnicas de eliminación de grasa sin cirugía han aumentado en más de un 118% en los últimos 11 años. Los métodos de eliminación de grasa sin cirugía tienen todos algo en común: su limitada eficacia. La técnica que tiene más evidencia científica es la criolipólisis, es decir, el uso del frío para eliminar grasa. Es de todos sabido que las células grasas tienen una mayor sensibilidad al frío. Científicos de Harvard diseñaron un dispositivo que consigue mantener una temperatura que dañe a los adipositos sin que se dañen el resto de las células de la piel. Con técnicas de vacío y succión se logra aislar la

grasa localizada. De esta forma sin anestesia ni cirugía se logra eliminar el 20% de la grasa enfriada. El mecanismo de muerte celular es por Apoptosis. Hoy los nuevos protocolos de T2T (treatment to transformation) permiten tratar varias zonas simultáneamente y ser más eficaces en los resultados. El mayor problema en nuestro país en relación a esta técnica es la aparición de sistemas de criolipolisis “chinos” de eficacia y seguridad no contrastada que han desvirtuado la técnica. Sustancias como el ácido desoxicólico o la fosfatidilcolina se han utilizado de forma inyectada para “disolver” la grasa. Hoy en España contamos con el ácido desoxicólico que de forma inyectada logra disminuir depósitos de grasa localizada, aunque la eficacia no es muy grande. Están terminándose en EEUU estudios con el producto ATX101, que inyectado en la grasa de la papada logra disminuir esta de forma importante, produciendo una retracción del tejido, con lo que se obtiene una mejoría adicional de la flaccidez. El ATX101 contiene ácido desoxicólico. En Europa este producto lo va a distribuir Bayern. Existen otros dispositivos (radiofrecuencia, ultrasonidos, etc.) que serán revisados en la charla ya que se han comercializado como sistemas de “lipoescultura” sin cirugía, pero que no cuentan con estudios científicos serios que confirmen su eficacia a largo plazo. En resumen, la mejor técnica para eliminar grasa sin cirugía sigue siendo la liposucción quirúrgica. Los métodos no invasivos son interesantes para pacientes con grasa muy localizada que tengan expectativas realistas.

21. CURSO 2. LÁSER EN LESIONES PIGMENTADAS

J.M. Miralles López

Miralles Dermatología. Palma de Mallorca. España.

La presente ponencia va a abordar las distintas opciones que los dispositivos de luz (láser y luz pulsada intensa) van a proporcionar en el tratamiento de los trastornos de la pigmentación. Sin duda alguna hablar de tratamiento de lesiones pigmentadas es hablar de Láseres Q-Switched, de pulsos muy cortos (nanosegundos) y potencias muy elevadas que van a provocar un efecto fotomecánico que nos va a permitir solucionar con gran eficacia lentigos y otros problemas pigmentarios como el nevus de Ota, entre otros, así como la eliminación de pigmentos exógenos; esto es, los tatuajes en los que la incorporación del láser de pulso de picosegundos supone un nuevo e interesante paso para una eliminación más rápida y eficaz. La combinación de los láseres de Q-switched con los láseres fraccionados, especialmente con el láser fraccionado no ablativo de 1540 nm, en las últimas fases del procedimiento de eliminación del tatuaje, va a incrementar el resultado. Finalmente vamos a abordar el manejo del melasma con láser fraccional no ablativo de 1540 nm que va a aportar un manejo más cómodo y eficaz de esta entidad crónica que motiva un elevado número de consultas en el gabinete del dermatólogo.

Perlas terapéuticas

1. ENFERMEDAD DE FAVRE-RACOUCHOT: ABORDAJE TERAPÉUTICO CON LÁSER DE ERBIO

D. Muñoz Borrás

Clinica de Dermatología Dr. Dionis Muñoz. Gandía. Valencia. España.

Introducción: La enfermedad de Favre-Racouchot se caracteriza por la presencia de elastosis solar junto con quistes y comedones, especialmente en las regiones más fotoexpuestas: periorbitaria, malar, cuello, retroauricular y nariz. Los tratamientos más comúnmente empleados son: la extracción manual de comedones, la dermoabrasión, los retinaldehidos tópicos, la isotretinoína oral, la escisión qui-

rúrgica de los quistes, etc. Estos tratamientos requieren tiempo, constancia y dedicación por parte del paciente, siendo la recidiva la norma. Frente a todos ellos, el láser de Erbio resulta extremadamente útil en la eliminación definitiva de comedones y microquistes.

Material y métodos: Desde hace varios años, vengo empleando el láser de Erbio para tal fin, con un spot de 2 mm y practicando varios impactos sobre cada comedón o quiste, hasta destruir el folículo sebáceo que los alberga. Por lo general, no se precisa ningún tipo de anestesia.

Resultados y conclusiones: La eliminación mediante láser de Erbio de microquistes y comedones en la enfermedad de Favre-Racouchot es una técnica muy sencilla, rápida, con escasas recidivas y muy bien valorada por los pacientes, que proporciona excelentes resultados estéticos. Esta técnica resulta igualmente útil en otras patologías que cursen con comedones y/o microquistes.

2. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR DE BAJO GRADO TRATADA CON POMADA DE SINECATEQUINAS

E. Manubens Mercadé, M. Alegre, C. Vanrell y L. Puig

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

Introducción: El té verde se caracteriza por su alto contenido en catequinas, siendo la más abundante la epigallocatequina-3-galato (EGCG). Numerosos estudios han demostrado las propiedades antioxidantes e inmunoestimuladoras de este polifenol. Recientemente se han llevado a cabo ensayos controlados randomizados que han puesto de manifiesto su capacidad para tratar los condilomas anogenitales. Así mismo también se ha descrito que al ser aplicado tópicamente su efecto antiproliferativo y antitumoral que le confiere potencial protector frente a la transformación maligna de papilomas cutáneos inducidos químicamente.

Caso clínico: Paciente de 29 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico en tratamiento inmunosupresor e infección genital por virus del papiloma humano (VPH) con neoplasia intraepitelial cervical grado III secundaria tratada mediante conización. En marzo de 2012 desarrolla placa blanquecina afectando ambos labios menores con erosiones superficiales que se trata tópicamente con imiquimod, podofilotoxina y crioterapia sin respuesta. Se realiza biopsia que confirma una neoplasia intraepitelial vulvar de bajo grado (VIN I) con presencia de VPH. Se inicia tratamiento tópico con pomada de sinecatequinas 100 mg/g 3 veces/día durante 4 meses observándose regresión completa de la lesión tanto clínica como histológicamente.

Conclusiones: La neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) se caracteriza por la presencia de queratinocitos atípicos y clásicamente se ha dividido en VIN 1, 2 y 3 en función del grado de displasia. A pesar de que en la actualidad se considere el VIN 1 como una atipia reactiva a la infección por VPH sin potencial de malignidad, su cronificación puede conducir al desarrollo de grados displásicos más severos con capacidad para producir carcinomas invasivos. Para su tratamiento se han descrito múltiples terapias físicas y químicas, todas ellas con importantes efectos secundarios locales. El tratamiento mediante pomada de extracto de té verde representa una opción menos agresiva y que en nuestra paciente se ha mostrado eficaz.

3. DOXICILINA ORAL Y TACROLIMUS TÓPICO OFTÁLMICO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL

S. de la Corte Sánchez^a, A. Rodríguez Martín^a, G. Garnacho Saucedo^a, M.C. Alcántara Reifs^a, R. Salido Vallejo^a, C. Ariza Molina^b, R. Jiménez Gómez^b, J.C. Moreno Giménez^a y A. Vélez García Nieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oftalmología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: El penfigoide cicatricial es una rara enfermedad ampollosa, subepitelial y autoinmunitaria que se caracteriza por afectar

sobre todo a las mucosas oral y conjuntival, su curso crónico y su tendencia a la cicatrización de las zonas dañadas. Suele afectar a ancianos con edades comprendidas entre los 60 y 80 años. Clínicamente suele comenzar como una conjuntivitis crónica inespecífica, con quemazón, ulceraciones, sensación de cuerpo extraño o producción de moco. La inflamación crónica puede causar la formación progresiva de tejido de cicatrización, con acortamiento del fórnix inferior, simblefaron, triquiasis y entropión. Si no se controla la enfermedad, puede producirse un traumatismo corneal superficial, neovascularización de la córnea con ulceración y ceguera.

Caso clínico: Varón de 77 años con antecedentes personales de hipertensión, EPOC y portador de marcapasos en tratamiento con sintrom, derivado desde Oftalmología por presentar tractos fibrosos entre las superficies conjuntivales, palpebral y bulbar (simblefaron) diagnosticado de penfigoide cicatricial. Había realizado tratamiento previamente con corticoides orales y ciclosporina con aparición rápida de efectos secundarios, por lo que decidimos iniciar tratamiento con doxiciclina 200 mg/día, tacrolimus pomada oftálmica y becozyme C forte. En la revisión se observa buena evolución, mejoría sintomática, menor retracción palpebral y sin empeoramiento de la visión, buena tolerancia al tratamiento y analítica dentro de la normalidad.

Conclusiones: Presentamos un caso de penfigoide cicatricial en un varón de 77 años con buena respuesta al tratamiento con doxiciclina a dosis de 200 mg/día, becozyme C forte y tacrolimus tópico en pomada oftálmica, como alternativa al tratamiento convencional con corticoides orales u otros inmunosupresores sistémicos. El tratamiento del penfigoide cicatricial con tetraciclinas orales e inhibidores de la calcineurina tópicos ha sido descrito en la literatura con buenos resultados y se considera una opción terapéutica en pacientes con alta comorbilidad en los que la utilización de inmunosupresores agresivos estaría contraindicada.

4. ANFOTERICINA B TÓPICA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LEISHMANIASIS CUTÁNEA RECALCITRANTE O DE COMPLICADA LOCALIZACIÓN

A.M. Rodríguez Martín, S. de la Corte-Sánchez,
G. Garnacho Saucedo, C. Alcántara Reifs, R. Salido Vallejo
y A. Vélez García-Nieto

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

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria de carácter endémico en España que se transmite por la picadura de mosquitos, siendo su reservorio principal el perro.

Casos clínicos: El primer caso se trataba de una niña de 14 meses, que presentaba lesión papular infiltrada y ulcerada de más de 6 meses de evolución tratada con antibióticos tópicos y sistémicos con escasa mejoría. En la dermatoscopia se objetivaba un patrón blanco "en estallido de estrellas" con estructuras vasculares en la periferia sugerentes de leishmaniasis cutánea avanzada. El segundo caso se trataba de un varón de 6 años con pequeña placa costrosa en párpado superior de ojo derecho de más de 8 meses de evolución que había sido tratado con corticoides tópicos y antibióticos tópicos y orales sin nada de mejoría y empeoramiento clínico. Mediante PCR se confirmó el diagnóstico de Leishmaniasis cutánea. En el primer caso se realizó tratamiento con metilglucamina antimonio intralesional y posteriormente imiquimod tópico con mala respuesta clínica, por lo que se realizó tratamiento con anfotericina B tópica cada 12 horas observando desaparición casi completa de la lesión en 2 meses. El segundo caso, dada la localización de la lesión en párpado, fue tratado directamente con anfotericina B tópica con desaparición de la lesión en 4 meses.

Conclusiones: La leishmaniasis cutánea en muchos casos tiende a la curación espontánea, pero deja una cicatriz inestética. El tratamiento reduce las cicatrices y previene la diseminación parasitaria

y las recaídas. Suele indicarse en casos persistentes, lesiones múltiples o de gran tamaño, y en aquellas localizaciones con repercusión estética o funcional. El tratamiento de elección en nuestro medio son los antimoniales pentavalentes intralesionales, sin embargo las resistencias terapéuticas son altamente frecuentes. Una gran variedad de modalidades se han empleado. La anfotericina B podría ser útil por vía tópica con escasos efectos adversos.

5. HIPOQUERATOSIS PALMAR Y PLANTAR CIRCUNSCRITA TRATADA CON CRIOTERAPIA

M.P. Gutiérrez Támara^a, N. Ormaechea Pérez^a,
S. Vildosola Esturo^a, C. Lobo Morán^b y A. Tuneu Valls^a

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

Introducción: La hipoqueratosis palmar o plantar circunscrita (HQPPC) es una entidad poco frecuente. Clínicamente se presenta como una placa deprimida con borde ligeramente sobreelevado localizada en palmas o plantas. Afecta predominantemente a mujeres de mediana edad. Histológicamente se observa un área central con hipoqueratosis e hipogranulosis. En ocasiones en la zona afectada se observa orto y paraqueratosis. Se han descrito casos inducidos por trauma y en algunas publicaciones se ha asociado con el virus del papiloma tipo 4.

Caso clínico: Mujer de 71 años que presentaba desde hacía 10 años en arco plantar izquierdo una lesión asintomática. Había consultado al podólogo hacia 3 años y le había realizado raspado de la lesión sin mejoría. Durante el último año había aplicado corticoides tópicos y antifúngicos sin respuesta. A la exploración observamos una placa en arco plantar izquierdo redondeada con borde sobreelevado y zona central deprimida. Se realizó biopsia de la lesión con la impresión diagnóstica de poroqueratosis de Mibelli vs HQPPC. Se confirmó el diagnóstico de HQPPC, se inició tratamiento con tacrolimus al 0,1%. Tras 4 meses sin notar mejoría, se realizó prueba terapéutica con crioterapia obteniendo muy buenos resultados y logrando la resolución de la lesión.

Discusión: La HQPPC es una entidad con etiopatogenia desconocida. Cuando fue inicialmente descrita, se propuso como una entidad producto de una malformación epidérmica. Más recientemente se ha propuesto que esta podría ser causada por un clon anormal de queratinocitos que causan un estrato córneo delgado. En cuanto al tratamiento, en la literatura se han descrito buenos resultados con corticoides tópicos, retinoides y derivados de la vitamina D3. Existen casos que se han resuelto espontáneamente. También hay casos tratados con crioterapia con buenos resultados, como en el caso que exponemos.

Conclusiones: Presentamos un caso poco frecuente de una paciente con HQPPC, de varios años de evolución, con mala respuesta al tratamiento con tacrolimus y corticoides tópicos. Se realizó crioterapia obteniendo un muy buen resultado final.

6. TRATAMIENTO DE ERITEMA PERNIO CON NITROGLICERINA TÓPICA

M.T. López Giménez, J.M. Pina Salvador y R. Oncins Torres

Unidad de Dermatología; Unidad de Reumatología; Unidad de Anatomía Patológica. Hospital de Barbastro. Huesca. España.

Introducción: Los sabañones o eritema pernio son lesiones inflamatorias de la piel de localización acral, causadas por exposición al frío. Suelen resolverse en semanas con reposo, calor y tratamiento sintomático. En casos severos, persistentes o recurrentes están indicados los vasodilatadores por vía oral; y debe tenerse en cuenta que pueden estar asociados a procesos mieloproliferativos, colagenosis y alteraciones de la alimentación.

Caso clínico: Mujer de 44 años, sin antecedentes patológicos de interés. Consulta por placas eritematosas, pruriginosas, localizadas en punta nasal, orejas y dedos de manos y pies. Desde hace años, aparecen de manera recurrente durante el invierno y mejoran en verano. Se asocian a fenómeno de Raynaud. Aporta análisis generales con perfil autoinmune, y estudio de crioglobulinas, con resultados en valores de referencia y capilaroscopia normal. Refiere intolerancia previa a nifedipino. Está en tratamiento con pentoxifilina oral, y trata de evitar el frío y vestir ropas adecuadas, no obstante la placa nasal presenta un curso progresivo, y se ha ulcerado. Dado el riesgo de necrosis de la punta nasal, se le recomendó la aplicación tópica de nitroglicerina, presentando mejoría inmediata y curación posterior sin secuelas. La paciente ha seguido aplicando la nitroglicerina tópica en el pródromos de las lesiones consiguiéndose la prevención de brotes posteriores.

Conclusiones: Nitroglicerina o glicerina trinitrato es un agente vasodilatador que actúa sobre el músculo liso de arterias y venas, por lo que aumenta el flujo sanguíneo local. Su principal indicación es el tratamiento de la angina de pecho por vía sublingual y su profilaxis por vía transdérmica. Se ha utilizado en cirugía para aumentar el flujo sanguíneo en plastias e injertos con isquemia y riesgo de necrosis, con buenos resultados.

Comunicaciones libres

1. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS Y EL CAMPO DE CANCERIZACIÓN

L. Pérez-Pérez y J. García Gavín

Servicio de Dermatología. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: La terapia fotodinámica (TFD) constituye una alternativa terapéutica para las queratosis actínicas, la enfermedad de Bowen y determinados carcinomas basocelulares. Recientemente se ha descrito la TFD con luz de día como alternativa al procedimiento convencional. Diversos estudios han mostrado su eficacia en el tratamiento de las queratosis actínicas. Frente a la terapia convencional, el procedimiento empleando luz de día ha resultado ser más sencillo, menos doloroso y mejor tolerado, siendo por ello preferido por dermatólogos y pacientes.

Material y métodos: Un grupo de pacientes del Servicio de Dermatología de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo) con queratosis actínicas múltiples/campo de cancerización fueron tratados con metilaminolevulinato (Metvix Crema®, Laboratorios Galderma S.A.; Madrid, España) y luz de día, siguiendo el protocolo establecido por Weigel et al.

Resultados: Todos los pacientes tratados mostraron una buena tolerancia y refirieron dolor de 5 en una escala analógica visual de 0-10. Los resultados observados a los tres meses del procedimiento fueron similares a los habitualmente obtenidos con terapia fotodinámica convencional.

Conclusiones: La terapia fotodinámica se considera un tratamiento de primera línea para las queratosis actínicas múltiples y el campo de cancerización. Sin embargo, el procedimiento clásico es laborioso, consume tiempo al personal sanitario y al paciente, requiere equipamiento específico y puede resultar muy doloroso. La reciente introducción de la terapia fotodinámica con luz de día en la terapéutica dermatológica ha contribuido sustancialmente a simplificar la técnica clásica y a mejorar su tolerancia. Por ello, probablemente

te su realización se generalice en la práctica dermatológica y sus indicaciones se extiendan progresivamente a otras patologías más allá de las queratosis actínicas.

2. EL PUNTO FINAL, UN MARCADOR FIABLE EN LA ELIMINACIÓN DE TATUAJES CON LÁSER Q-SWITCHED DE ND:YAG

D. Muñoz Borrás

Clinica de Dermatología Dr. Dionís Muñoz. Gandía. Valencia. España.

Introducción: Es un hecho, la dificultad que acarrea reproducir un protocolo de tratamiento con láser Q-Switched cuando se utilizan equipos tecnológicamente diferentes entre sí. En absoluto son equiparables los resultados obtenidos con las mismas fluencias cuando estas proceden de equipos de distintos fabricantes, e incluso, un mismo equipo puede provocar efectos diferentes sobre los tejidos a pesar de emplear los mismos parámetros. Ello puede deberse a un desajuste en las lentes, a la presencia de partículas de polvo, restos de tejidos o sangre impactados en las mismas, a un mal estado de la lámpara, etc. Podemos concluir por lo tanto, que los resultados son difícilmente reproducibles si atendemos únicamente a los parámetros que intervienen en la elección del protocolo de trabajo y es por todo ello que propongo distintos grados de punto final, por tratarse de un marcador objetivo y fiable.

Material y métodos: Entendemos por punto final el aspecto que adquiere el tatuaje inmediatamente después de finalizar cada sesión de láser. Este viene determinado por el mayor o menor grado de escarchado, despegamiento dermoepidérmico, edema, sangrado o inflamación visible y debería corresponderse con aquello a lo que previamente aspirábamos al trazar los parámetros del tratamiento. Propongo establecer 5 grados de punto final, solo aplicables al Q-Switched Nd:YAG de 1064 nm: Grado I: Despegamiento dermoepidérmico mínimo y eritema. Grado II: Despegamiento dermoepidérmico franco. Grado III: Despegamiento dermoepidérmico franco y rocío hemorrágico. Grado IV: Despegamiento dermoepidérmico franco y sangrado. Grado V: Despegamiento, perforado dermoepidérmico y sangrado.

Conclusiones: Con esta escala del I al V que propongo, podemos definir con mayor exactitud nuestra meta y resulta más fácilmente reproducible el punto final deseado, con independencia de los parámetros que precise cada equipo para conseguir tal fin.

3. TALIDOMIDA: UNA ALTERNATIVA PARA EL LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO REFRACTARIO

E. del Alcázar Viladomiu^a, S. Vildosola Esturo^a, A. López Pestaña^a, A. Tuneu Valls^a y C. Lobo Morán^b

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

Introducción: La talidomida es un fármaco utilizado para el tratamiento del lupus eritematoso cutáneo y el lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea, resistentes a antipalúdicos y a otros inmunosupresores. El principal problema del fármaco es la teratogenia, que a veces dificulta conseguirlo.

Casos clínicos: Presentamos varios casos de lupus eritematoso cutáneo refractarios a tratamientos convencionales por lo que se decidió realizar tratamiento con talidomida, presentando buena respuesta y tolerancia a dicho tratamiento.

Discusión: La talidomida (alpha-N-phtalimido-glutarimide) inhibe la síntesis de citocinas inflamatorias y evita la apoptosis de queratinocitos inducida por la radiación ultravioleta, lo que podría explicar los beneficios de dicho agente en enfermedades fotosensibles. Las primeras series reportadas en pacientes con lupus eritematoso

se remontan a los años ochenta, con buenos resultados pero utilizando dosis iniciales elevadas (400 mg/día). Posteriormente se han publicado series más cortas utilizando 100 mg/d como dosis inicial y con resultados efectivos, por lo que se recomienda utilizar dosis bajas (50-100 mg/día). En cuanto el tipo de lupus con mayor éxito con este tratamiento encontramos el lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea, seguido del discoide y del subagudo. Aparte de la teratogenia en mujeres jóvenes, un 25% de los casos pueden presentar polineuropatía que puede ser irreversible, por lo que la talidomida debe reservarse a pacientes resistentes a tratamientos convencionales.

Conclusiones: Aportamos varios casos de lupus eritematoso cutáneo refractarios que respondieron bien a este tratamiento, por lo que creemos que es una buena alternativa en pacientes seleccionados.

4. EFECTOS DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN EL TRATAMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO

B. Díaz Ley, L. Ríos Buceta, N. Jiménez, E. Grillo y P. Jaén Olasolo

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

Introducción: El Plasma Rico en Plaquetas (PRP) se define como una fracción del plasma sanguíneo autólogo con una concentración de plaquetas superior a la basal. En el campo de la dermatología, una de las aplicaciones del PRP es el tratamiento del envejecimiento cutáneo. Sin embargo, a pesar de su uso tan extendido, conocemos muy poco acerca de cuáles son sus efectos y menos aun, su mecanismo de acción.

Material y métodos: Estudio clínico realizado en 10 pacientes con edades comprendidas entre los 34 y los 54 años, para el estudio de los efectos clínicos e histológicos del PRP en el envejecimiento cutáneo. Los pacientes recibieron tres sesiones cada tres semanas de PRP inyectado en la dermis de la región facial. Se tomó biopsia antes y después del tratamiento (al mes) e imágenes fotográficas.

Resultados: En el estudio histológico se observó un aumento del grosor del estrato dérmico, con remodelación de los haces de colágeno, reducción de la elastosis solar y un importante aumento de los dendrocitos dérmicos CD34+. Todos estos cambios se produjeron exclusivamente en los pacientes con signos de fotoenvejecimiento. El análisis fotográfico no demostró diferencias.

Discusión: Las terapias basadas en PRP tienen como fin la reparación y regeneración tisular como consecuencia de la liberación de los factores de crecimiento contenidos en las plaquetas del PRP. Existen datos que señalan que en el caso de la piel estos factores pueden ser eficaces para el tratamiento del envejecimiento. Sin embargo, no existen trabajos sobre su mecanismo de acción. Los resultados de este estudio sugieren que los efectos del PRP se localizan principalmente en la dermis y que se limitan a los pacientes que presentan signos clínicos e histológicos de fotoenvejecimiento. **Conclusiones:** El tratamiento con PRP es eficaz para el tratamiento del fotoenvejecimiento cutáneo, remodelando el estrato dérmico, reduciendo la elastosis solar y aumentando el número de dendrocitos.

5. RAPAMICINA TÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES: DESCRIPCIÓN DE EFICACIA, SEGURIDAD Y TOLERANCIA EN UN PACIENTE

N. Jiménez Gómez^a, L. Ríos Buceta^a, B. Díaz Ley^a, M.C. Moreno García del Real^b y P. Jaén Olasolo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: El queloide representa un trastorno dérmico fibroproliferativo caracterizado por una excesiva producción de coláge-

no y componentes de la matriz extracelular, junto con un incremento en la proliferación de fibroblastos. La vía del mTOR (Mammalian Target of Rapamycin) está alterada en pacientes con enfermedad queiloidea y estudios in vitro y ex vivo postulan que su inhibición puede representar una diana terapéutica prometedora.

Material y métodos: Mujer de 33 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que presentaba un queloide escapular derecho de más de 10 años de evolución y de origen postraumático. Había realizado múltiples tratamientos previos sin mejoría. De acuerdo al protocolo de medicamento de uso compasivo, se propuso tratamiento con Rapamicina tópica al 0,1% (solución de Rapamune[®] 1 mg/ml + glicerina), que se aplicó inmediatamente tras la extirpación quirúrgica del queloide en la porción medial de la cicatriz, aplicando en la porción lateral únicamente glicerina. Se realizó un seguimiento de la eficacia mediante el empleo del sistema fotográfico Reveal[®], así como de la tolerancia al tratamiento y el eventual cambio en la sintomatología del queloide tras el inicio del mismo.

Resultados: Tras 12 semanas de seguimiento, observamos una disminución en el volumen cicatricial en la zona tratada con Rapamicina, con respecto a la que recibió únicamente el vehículo (objetivada mediante sistema fotográfico y corroborada por el examen histológico de la muestra). El tratamiento fue bien tolerado y se produjo además una mejoría en la sintomatología previamente descrita por la paciente, a nivel del área tratada, en forma de disminución del dolor.

Discusión y conclusiones: El empleo de Rapamicina tópica, puede representar una nueva opción terapéutica en el manejo de pacientes con queloides. No obstante, son necesarios estudios estandarizados que incluyan un mayor número de pacientes y evalúen la respuesta a largo plazo de este tratamiento.

6. DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTARIA TRATADA CON LÁSER ALEJANDRITA (GENTLELASE)

P. Ruiz Ávila y P. Ruiz Huertas

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España.

Las Dermatitis Purpúricas Pigmentarias (DPP) benignas constituyen un grupo de enfermedades crónicas con diferentes formas de presentación clínica, de etiopatogenia poco conocida, pero con una serie de características comunes, como la extravasación de glóbulos rojos y depósito de hemosiderina, cambios inflamatorios mínimos alrededor de los capilares y a veces edema de células endoteliales, sin verdadera vasculitis. Presentamos un caso de DPP progresiva de Schamberg en una mujer de 63 años de edad, que desde hacía un año presentaba erupción macular pigmentada y purpúrica localizada en miembros inferiores y sin respuesta a tratamientos habituales (corticoides tópicos, PUVA, pentoxifilina...) Realizamos tratamiento con Láser de alejandrita de pulso largo (GentleLase) que se utiliza habitualmente para depilación y obtenemos buena respuesta con resolución completa de las lesiones cutáneas. Discutimos las distintas causas de DPP y los mecanismos por los que el láser de alejandrita podría ser en algunos casos un tratamiento para indicar en estos procesos.

Pósters

1. EXCELENTE RESPUESTA DEL GRANULOMA ANULAR DISEMINADO A UVB DE BANDA ESTRECHA

G.E. Solano López Morel^a, M.J. Concha Garzón^a, R. Carrascosa^a, D. de Argila^a, J. Fraga^b y E. Daudén^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

El granuloma anular diseminado es una enfermedad inflamatoria que tiende a seguir un curso crónico y es resistente a múltiples tratamientos. Presentamos el caso de una mujer de 80 años de edad con un cuadro de lesiones asintomáticas de 3 años de evolución inicialmente en brazos y posteriormente en abdomen, espalda y piernas. Las lesiones mejoraban en verano. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos durante varias semanas sin notar mejoría. Como antecedentes relevantes era hipertensa y había presentado un desprendimiento de retina. Al examen físico se apreciaban placas eritematovioláceas de superficie lisa, bien delimitadas, de borde sobrelevado y de morfología anular de varios centímetros. En zonas fotoexpuestas de antebrazos y piernas las lesiones eran mucho más planas. La biopsia de una lesión del brazo mostró cambios de granuloma anular. Se pautó corticosteroides orales en pauta descendente más corticoides tópicos durante 6 semanas sin apreciarse mejoría de las lesiones. Aunque asintomáticas, las placas eran estéticamente llamativas. Se inició tratamiento con UVB-BE 3 veces por semana durante 2,5 meses recibiendo un total 27 sesiones, con una dosis acumulada de 26,155 J/cm². La paciente presentó buena tolerancia con un resultado excelente pasando de un BSA de 28 a casi 0. Al alta se le recomendó la exposición diaria al sol. Es el segundo caso de granuloma anular diseminado tratado con UVB-BE. Aunque se han descrito buenos resultados con fototerapia PUVA y Re-PUVA en el granuloma anular diseminado, creemos que el uso de UVB-BE puede también ser eficaz en estos pacientes.

2. TERAPIA DE FIN DE SEMANA CON CICLOSPORINA ORAL EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE

C. Garrido Colmenero, G. Blasco Morente, E. Martínez García, I. Valenzuela Salas, P. Nogueras Morillas, C. Martínez Peinado y J. Tercedor Sánchez

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

Introducción: El tratamiento de la dermatitis atópica (DA) grave es un reto terapéutico, en el cual empleamos la ciclosporina A (CyA). Sin embargo, su uso no puede mantenerse a largo plazo porque se ha asociado con efectos adversos graves. La pauta de fin de semana ha sido usada para minimizar los riesgos sin pérdida de beneficio clínico. Presentamos una serie de 5 pacientes tratados con CyA en pauta de fin de semana.

Casos clínicos: 5 pacientes, cuatro varones y una mujer (10-20 años), con DA grave que habían precisado tratamiento con CyA 5 mg/kg/día durante más de un año con buena respuesta y tolerancia. Para evitar la toxicidad farmacológica pasamos a CyA 5 mg/kg/día los sábados y domingos. En la exploración física de los pacientes a los tres meses se evidenció el mantenimiento de la respuesta terapéutica en todos, salvo uno. La ciclosporinemia se mantuvo en niveles inferiores a los observados en tratamientos con pauta continua.

Discusión: La efectividad de la pauta de CyA en fin de semana podría explicarse por su rápido efecto sobre las células inflamatorias y endoteliales. Para disminuir la toxicidad del uso de este fármaco a largo plazo, y dado que la suspensión del tratamiento con este conlleva una recaída en el 75% de los casos, decidimos modificar la pauta de administración de la ciclosporina a fines de semana en base a

un estudio reciente que describía su utilidad en pacientes con psoriasis. La liposolubilidad de la CyA permite su almacenamiento en el tejido adiposo y proporciona una mayor biodisponibilidad, con menor dosis acumulada y ciclosporinemia. Nuestra serie de casos sugiere que la pauta de fin de semana podría ser una opción terapéutica válida en pacientes con falta de respuesta a tratamientos tópicos y necesidad de suspensión de tratamientos continuos con CyA.

3. XEROSIS CUTÁNEA: IMPORTANCIA DEL USO DE UN EMOLIENTE ESPECÍFICO. DEMOSTRACIÓN DE EFICACIA Y MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE. ESTUDIO DERMAXER

G. Moreno Arias^a, L. Conte^b, L. Erbiti^c y R. Levitch^c

^aDermalas SL. Centro Médico Teknon. Barcelona. ^bDepartamento Médico. Laboratorios Leti, SL. Barcelona. España. ^cDepartamento Médico. Laboratorios Leti, SL. Madrid. España.

Introducción: Los signos y síntomas de la xerosis impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Actualmente se recomiendan medidas emolientes e hidratantes.

Objetivo: Estudiar la relación entre xerosis y factores de riesgo asociados y evaluar la eficacia/tolerancia de una crema emoliente específica.

Material y métodos: Estudio abierto en pacientes con signos de xerosis, a quien se recomendó una crema emoliente. Tras el consentimiento informado, se registraron datos sobre antecedentes dermatológicos personales/familiares, enfermedades sistémicas y medicación relacionados con la xerosis, gravedad mediante *Overall Dry Skin Score* (ODS), criterios Kligman (CK), valoración de síntomas mediante escalas analógicas visuales (EAV), porcentaje de superficie afectada, medidas recomendadas por el dermatólogo y calidad de vida (DLQI). El paciente hizo valoraciones a los 7 días. Las valoraciones se repitieron tras 2 semanas de tratamiento, analizándose también eficacia, tolerancia y cosmética del producto.

Resultados: Muestra de 742 pacientes con media de edad de 48,0 ± 17,9 años (65,6% "mujer" y 34,4% "varón"). Un 72,9% tenían antecedentes de piel seca, un 22% presentaban patologías sistémicas relacionadas con xerosis y un 26,4% seguían tratamientos que causaban xerosis. A las 2 semanas la ODS disminuyó un 52,2% (1,96-0,93; p < 0,001), los CK un 33,4% (2,48-1,65; p < 0,001) y la EAV un 62,4% (4,16-1,57; p < 0,001). La evaluación de dermatólogo y pacientes indica una reducción importante de los síntomas de xerosis. El DLQI disminuyó significativamente: 67% mejoría. La proporción de superficie afectada por xerosis se redujo un 60,1%. Las valoraciones de médicos y pacientes fueron favorables en 94,6% y 93,7% para eficacia, 97,3% y 97,1% para tolerancia y 93,5% y 92,6% para cosmética.

Conclusiones: La aplicación de una crema emoliente específica ha conseguido disminuir significativamente todas las valoraciones de gravedad de la xerosis, mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la superficie afectada. La eficacia, tolerancia y cosmética del producto han sido muy bien valoradas.

4. TRATAMIENTO CON TIMOLOL TÓPICO DE HEMANGIOMAS INFANTILES EN LOCALIZACIONES COMPROMETIDAS

C. Villegas Fernández, C. García Millán, M. Calvo Pilido e I. Burón Álvarez

Servicio de Dermatología. Hospital La Moraleja. Madrid. España.

El maleato de timolol tópico se viene utilizando para tratar hemangiomas infantiles no complicados, y de localizaciones no comprometidas en los últimos tres años, con buenos resultados clínicos, y rápida involución de las lesiones. Presentamos varios casos clínicos de hemangiomas infantiles en localizaciones comprometidas y subsidiarias de tratamiento con propranolol oral como primera opción

terapéutica, pero que fueron tratados con timolol tópico ante la negativa de los padres al uso de propanolol oral, y que sorprendentemente presentaron una magnífica respuesta a este tratamiento.

5. EVALUACIÓN DEL EFECTO ANTI-ENVEJECIMIENTO DE UN INNOVADOR SERUM FACIAL QUE CONTIENE EXTRACTO DE CÉLULAS MADRE DE MANZANA, LIPOPÉPTIDO PRO-COLÁGENO, CREATINA Y UREA

A. Gomes Neto, M.T. Sanz, C. Campos, M. Foyaca y C. Trullas

Área de I+D. ISDIN. Barcelona. España.

Introducción: El presente estudio evaluó el efecto antienviejecimiento de un serum innovador con una combinación sinérgica de extracto de células madre de manzana, lipopéptido pro-colágeno, creatina y urea. Estos ingredientes activos actúan a distintos niveles de los mecanismos del envejecimiento cutáneo: alteraciones a nivel epidérmico, dérmico y del metabolismo celular.

Material y métodos: Se han incluido en el estudio 32 mujeres de 45-55 años, con piel sensible y que presentaban arrugas periorcarias y pérdida de elasticidad facial a las que se solicitó utilizar el producto en la cara dos veces al día. Se realizó evaluación clínica y mediciones instrumentales a 0, 7 y 28 días. El análisis instrumental incluyó parámetros de relieve cutáneo (Primos Lite®); elasticidad cutánea (Cutometer®); densidad dérmica (Dermascan®) e hidratación (Corneometer®).

Resultados: Se observa un efecto lifting antiarrugas en el 71% de los sujetos, con resultados significativos visibles a los 7 días en el 68%. La evaluación con Dermascan demuestra un incremento medio significativo de la densidad de la dermis del 11% a D7 y 27% a D28. La evaluación con cutometro muestra un incremento significativo de la elasticidad media neta de un 7% a D7 y 10% a D28. La evaluación con corneometro muestra un incremento significativo de la hidratación de la piel: +20% a D7 y +13% a D28. La evaluación del relieve cutáneo encuentra una disminución significativa de la rugosidad media de +4% tras 28 días.

Discusión y conclusiones: El uso de este serum antienviejecimiento produce una mejora significativa de los signos del envejecimiento cutáneo, resultando en un incremento de la hidratación y elasticidad de la piel, en una reducción de las arrugas, en la redensificación de la dermis y un efecto lifting, con resultados visibles tras una semana de uso del producto y beneficios progresivos después de un mes.

6. EFECTO REVITALIZANTE EN FIBROBLASTOS HUMANOS SENESCENTES DE UN INNOVADOR SERUM QUE CONTIENE EXTRACTO DE CÉLULAS MADRE DE MANZANA, LIPOPÉPTIDO PRO-COLÁGENO, CREATINA Y UREA

A. Gomes Neto, M.T. Sanz, C. Campos, M. Foyaca y C. Trullas

Área de I+D. ISDIN. Barcelona. España.

Introducción: El reciente conocimiento del importante papel del daño mitocondrial en el proceso de envejecimiento ha suscitado gran interés en el desarrollo de productos antiedad centrados en la disfunción mitocondrial. La investigación en activos capaces de revitalizar el metabolismo celular e incluso renovar la piel a través de la estimulación de la respiración celular es clave en el desarrollo de dichos productos.

Objetivo: Analizar el efecto de un serum que contiene una combinación sinérgica de extracto de células madre de manzana, lipopéptido pro-colágeno, creatina y urea sobre el balance bioenergético en fibroblastos senescentes a través del consumo de O₂ y los niveles de ATP celular y de la determinación del lactato extracelular y cálculo del índice de glicolisis, que es mayor en células senescentes.

Material y métodos: Fibroblastos humanos senescentes fueron incubados durante 120 minutos en presencia de la formulación final

diluida (0,1, 1 y 10%) versus un control positivo y negativo. Durante el tiempo de incubación, se realizó la determinación dinámica del consumo de O₂ y al final del experimento se determinó el nivel de ATP por quimioluminiscencia y del lactato extracelular generado.

Resultados: El serum, a todas las diluciones, incrementa la tasa de consumo de oxígeno y el nivel de ATP celular versus el control negativo. La presencia del serum (al 1 y 10%) muestra efectos significativos en el nivel de lactato extracelular, disminuyendo el índice de glicolisis en 18% y 48% frente al control negativo.

Discusión y conclusiones: El serum se comporta como un energizante de los fibroblastos senescentes, incrementando tanto el consumo de oxígeno como el nivel de ATP extracelular. Los resultados muestran además que el serum es capaz de cambiar el comportamiento energético y metabólico de los fibroblastos senescentes, haciéndolo más parecido al que presentan los fibroblastos de una piel joven.

7. TRATAMIENTO DE QUELOIDES AURICULARES MEDIANTE EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA E IMIQUIMOD TÓPICO POSTOPERATORIO

C. Alcántara Reifs, A. Rodríguez Martín, R. Salido Vallejo, S. de la Corte Sánchez, G. Garnacho Saucedo, J.C. Moreno Giménez y A. Vélez García Nieto

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

Introducción: El tratamiento de los queloides supone un reto terapéutico y no existe un tratamiento efectivo único. Se han descrito numerosas opciones de tratamiento como vendajes, medidas compresivas, inyecciones de corticoides intralesionales, láser, radioterapia, criocirugía, interferón, pero a pesar de todo sigue siendo actualmente un problema de salud complicado.

Caso clínico: Varón de 8 años con masas queloides bilaterales de gran tamaño distribuidas en cicatrices de otoplastia previa. Había recibido tratamiento con láser y corticoides intralesionales sin resultado. Se decidió realizar extirpación quirúrgica de las lesiones tumorales aplicando en el postoperatorio inmediato imiquimod tópico, corticoides tópicos y vendaje compresivo. Tras un periodo lento de cicatrización de un mes de duración el paciente presenta ausencia completa de queloides. Tras varios meses de seguimiento no se objetiva recidiva de las lesiones.

Conclusiones: Los queloides y cicatrices hipertroficadas representan una respuesta de cicatrización exuberante, siendo más frecuente en pacientes jóvenes, de raza negra y en determinadas localizaciones como la región pretorácica, hombros y miembros superiores, pabellones auriculares y mejillas. Una vez instaurados los queloides son difíciles de tratar con una alta tendencia a la recidiva a pesar del tratamiento. Según la literatura científica las medidas de presión y las inyecciones de corticoides se consideran la primera línea de tratamiento. La crioterapia podría ser una opción para pequeñas lesiones. La extirpación quirúrgica tiene una alta tasa de recidivas salvo si se combina con otras opciones terapéuticas postquirúrgicas con el láser, la radioterapia o la aplicación de imiquimod tópico. La aplicación intralesional de verapamilo, fluoracilo, bleomicina o interferón también serían recursos terapéuticos para queloides ya establecidos.

8. EFICACIA DEL IMIQUIMOD TÓPICO EN LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA

F. Millán Parrilla, P. Molés Poveda, B. Rodrigo Nicolás, V. Pont Sanjuán y E. Quecedo Estébanez

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

Introducción: Se presenta la eficacia del tratamiento tópico con imiquimod en la leishmaniasis cutánea.

Caso clínico: Varón de 3 años, remitido a consulta con pocos meses de edad por presentar dos lesiones forunculoides, una a nivel de mejilla izquierda, que según relataba la madre la tenía desde el nacimiento, y otra en el mentón que apareció a los dos meses. La madre trabajaba en un centro veterinario. Con la orientación diagnóstica de picadura vs leishmaniasis se realizó un rebanado superficial de la lesión. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de leishmaniasis. La serología frente a leishmania fue negativa en la madre y en el paciente. Se realizaron 4 sesiones con infiltraciones intralesionales de glucantime, consiguiendo una resolución de la lesión del mentón pero persistiendo la de la mejilla izquierda. Se decidió iniciar tratamiento con imiquimod tópico al 5%, 3 días a la semana durante un mes obteniendo un resultado excelente.

Discusión: Se exponen las alternativas terapéuticas actuales de la leishmaniasis cutánea incluyendo imiquimod tópico, paramomicina tópica y terapia fotodinámica.

Bibliografía

Hervas JA, Martín-Santiago A, Hervas D, et al. Old World Leishmania infantum cutaneous leishmaniasis unresponsive to liposomal amphotericin B treated with topical imiquimod. *Pediatric Infect Dis J.* 2012;31:97-100.

9. RECURSO COSMÉTICO COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ALOPECIA

G. Garnacho Saucedo^{a,b}, R. Salido Vallejo^b, M. Feito Rodríguez^a, A.I. Sánchez Moya^a, E. Tévar Valiente^a, I. Sánchez Carpintero^a y R. Ruíz Rodríguez^a

^aUnidad de Tricología y Servicio de Dermatología. Clínica Ruber-Clinica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La alopecia como enfermedad crónica tiene una baja adherencia al tratamiento entre los pacientes que la padecen dificultando el éxito terapéutico. Igualmente afecta de forma importante la calidad de vida de los pacientes lo que completa el círculo de retroalimentación negativa de escasa adherencia terapéutica.

Material y métodos: Se analiza una muestra de pacientes con alopecia que añaden fibras densificadoras capilares de queratina a su tratamiento habitual valorando la satisfacción al nuevo recurso mediante el cuestionario SSTPQ (*Spanish Satisfaction with Treatment of Psoriasis Questionnaire*) modificado, la adherencia al tratamiento antes y después mediante el Test de Morinsky-Green y la calidad de vida antes y después mediante el cuestionario DLQI US Spanish.

Resultados y discusión: La alopecia, en sus diferentes formas clínicas, no deja de ser un estigma social que marca al que la padece causándole mala calidad de vida, alteraciones psicológicas y dificultades para la integración social y laboral. Existen diferentes tratamientos pero suelen ser en ocasiones poco eficaces y lentos en conseguir sus efectos lo que desanima al paciente y favorece el incumplimiento terapéutico. Las fibras densificadoras capilares de queratina son uno de los recursos de cosmética o camuflaje capilar. Se trata de microfibras naturales de queratina de origen vegetal y con carga electrostática contraria a la del pelo por lo que pueden entrelazarse con el cabello del paciente redensificándolo y cubriendo todo el cuero cabelludo con un resultado cosmético casi perfecto. No se trata de un spray, crema o prótesis capilar, sino de fibras naturales que hacen que el cabello fino y velloso vuelva a tener el grosor y la densidad original.

Conclusiones: Las fibras densificadoras capilares de queratina camuflan de forma altamente satisfactoria la alopecia de los pacientes mejorando su calidad de vida, lo cual podría mejorar la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

10. CARCINOMA EPIDERMÓIDE VERRUCOSO GIGANTE

P. Contreras Ferrer^a, M. Sáez Rodríguez^a, M. Rodríguez Martín^b, N. Merino de-Paz^a y F. Guimerá Martín-Neda^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ^bServicio de Dermatología. Quirón Tenerife. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide (CE) es una neoplasia maligna de los queratinocitos epidérmicos. Normalmente aparece en individuos mayores de 60 años y es el segundo tumor cutáneo en frecuencia.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 54 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que acudió a consulta externa de Dermatología para la valoración de una lesión localizada en el pie derecho de dos años de evolución. El paciente había sido valorado en el año 2011 por cirugía cardiovascular que lo intervino realizando un desbridamiento y extirpación de la úlcera con diagnóstico inicial de úlcera diabética. Desde entonces el paciente había estado realizando curas periódicas hasta que finalmente fue remitido a nuestro servicio. A la exploración se observó una masa tumoral gigante de 13 x 8 cm, vegetante, de bordes elevados e irregulares, adherido a planos profundos, con úlcera central y exudación maloliente localizado en cara externa del pie derecho. Ante la sospecha de CE se tomó una muestra histológica que confirmó el diagnóstico (CE bien diferenciado con alto componente verrucoso). El paciente fue derivado a cirugía plástica realizándose exéresis tumoral con márgenes de seguridad y amputación transmetatarsiana del 5º dedo con cobertura mediante autoinjerto laminar de piel parcial. Durante la intervención se realizó la técnica de ganglio centinela cuyo estudio histológico resultó negativo. El estudio de extensión fue normal. A los seis meses de la operación se observó una recidiva tumoral que fue intervenida de nuevo. Actualmente el paciente está en seguimiento periódico por nuestro Servicio.

Conclusiones: El CE verrucoso es una variante poco frecuente y bien diferenciada que se caracteriza por su bajo potencial de metastatización con importante capacidad de invasión local. El tratamiento de elección es la cirugía. Las recurrencias son frecuentes independientemente del tratamiento realizado.

11. FOLICULITIS DECALVANS TRATADA CON ÉXITO CON TERAPIA FOTODINÁMICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

N. Lamas Doménech, M. Iglesias Sancho, L. Galvany Rossell, M. Solà Casas y M. Salleras Redonnet

Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. España.

Introducción: La foliculitis decalvans es un trastorno inflamatorio neutrofílico del cuero cabelludo que se inicia con zonas de eritema, hiperqueratosis perifolicular y pústulas, y progresa a alopecia cicatricial. En la patogenia la hipótesis más aceptada es que existe una alteración de la respuesta inmunitaria a la infección por *Staphylococcus aureus*. Recientemente se ha descrito la utilidad de la terapia fotodinámica (TFD) en esta entidad.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 52 años con alopecia cicatricial. Se diagnosticó clínicamente y por biopsia como foliculitis decalvans. Durante seis años se trata con antibióticos orales y tópicos, corticoides tópicos y antipalúdicos con respuestas parciales sin remisión de la enfermedad. Se decide iniciar TFD. Tras el primer ciclo se produce mejoría con desaparición de las pústulas, eritema y prurito. Tres meses después se mantiene sin pústulas pero con leve eritema perifolicular. Se realiza un segundo ciclo manteniéndose estable a los 6 meses de seguimiento. Caso 2: varón de 37 años con placa alopecica en cuero cabelludo. Se biopsia y se realiza cultivo de las pústulas diagnosticándose foliculitis decalvans. Se sigue durante doce años y se trata con isotretinoína, antibiótico oral y tópico, zinc, PUVA tópico, pimecrolimus y sulfona con respuestas parciales. Se decide tratamiento con TFD. Tras dos ciclos se produ-

ce la estabilización de la enfermedad, desaparición de las pústulas y mejoría del eritema.

Discusión: La foliculitis decalvans es un reto terapéutico para el dermatólogo. En su tratamiento se utilizan antibióticos tópicos, y combinación de antibióticos orales, isotretinoína, dapsona y tacrolimus tópico con resultados variables. La TFD se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la foliculitis y del acné por su acción antimicrobiana y sobre la unidad pilosebácea, también hay un número escaso de casos publicados tratados con TFD con buenos resultados.

Conclusiones: Presentamos dos casos de foliculitis decalvans resistentes a los tratamientos convencionales que han sido tratados con éxito con TFD. Consideramos que la TFD es un tratamiento seguro y eficaz para revertir la sintomatología y estabilizar la enfermedad.

12. PEELINGS QUÍMICOS EN TENERIFE. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Sáez Rodríguez^a, A. Carnerero Rodríguez^a, N. Merino de Paz^b, P. Contreras Ferrer^b y C. Rodríguez Martín^b

^aDermaTenerife. ^bClinica Quirón Tenerife. Islas Canarias. España.

Introducción: Los peelings químicos constituyen uno de los procedimientos terapéuticos más utilizados por los dermatólogos. Exponemos nuestra experiencia durante un año en una clínica de dermatología y medicina estética.

Material y métodos: Se aportan los datos de los pacientes atendidos en DermaTenerife durante el año 2012, a los que se les realizaron peelings químicos. Se trata de 135 pacientes, que se sometieron a 972 sesiones de peelings en total. Se les ha entregado un cuestionario para valorar el tratamiento (cumplimiento, eficacia, atención del dermatólogo, etc.).

Resultados: Se exponen los datos obtenidos de estos cuestionarios, encontrándose una valoración media del tratamiento, por parte del paciente, de 8,4 (sobre 10). Además, según los pacientes, los resultados son más evidentes a partir de la segunda y tercera sesión de tratamiento.

Conclusiones: Los peelings químicos son un importante instrumento terapéutico en la consulta diaria del dermatólogo, recomendamos insistir en que se trata de un procedimiento también estético, ya que puede aplicarse a personas con piel sana para mejorar el aspecto de la misma.

13. TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA CON OXIMETAZOLINA TÓPICA: NUESTRA EXPERIENCIA

N. Merino de Paz, M. Rodríguez Martín, P. Contreras, B. Rodríguez y M. Sáez

Hospital Quirón Tenerife y Clínica Febles Campos. Tenerife. Islas Canarias. España.

Introducción: La rosácea es una enfermedad crónica que afecta fundamentalmente a la región facial. Con frecuencia comienza como eritema en las aéreas convexas, pudiendo presentar lesiones inflamatorias pápulo-pustulosas en los estadios inflamatorios de la enfermedad. Como parte del tratamiento, resulta fundamental la evitación de los factores desencadenantes, que pueden ser descritos de forma diferente por cada paciente. Como tratamiento de base, debe informarse al paciente sobre la importancia del uso de fotoprotectores. Existen múltiples tratamientos tópicos y orales empleados, según el subtipo de rosácea: inmunosupresores, antibióticos, corticoides, ácido azelaico, retinoides, anticonceptivos orales, antihipertensivos, etc. La oximetazolina es un potente vasoconstrictor adrenomimético usado durante décadas para el tratamiento de rinitis y conjuntivitis. Este efecto se debe a que es un agonista alfa-1 completo y parcial alfa-2. Se usa clínicamente en su forma clorhidrato, que actúa sobre los lechos vasculares que expresan

ampliamente receptores alfa-1, causando vasoconstricción y reducción del exudado de fluidos a partir de las vénulas postcapilares. Hemos realizado un estudio clínico sobre el uso de la oximetazolina tópica en una serie de 10 pacientes con *flushing* asociado a rosácea, mostrando los resultados de esta molécula en la intensidad del *flushing* facial y el número de brotes.

Material y métodos: Se introdujeron en el estudio 10 pacientes adultos consecutivos afectados por rosácea que experimentaban *flushing* facial en las consultas externas de Dermatología del Hospital Quirón Tenerife. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado previo a la introducción en la serie de casos. Se pautó solución de oximetazolina clorhidrato al 0,05% de forma tópica 2 veces al día durante 1 mes combinado con hábitos de fotoprotección. Se realizó un cuestionario a los pacientes incluidos en el estudio en el momento basal y tras un mes de tratamiento.

Resultados y discusión: Se incluyeron 10 pacientes en el estudio (6 mujeres, 4 hombres), con una edad media de 45,8 años (Rango: 24-62). El tiempo medio de duración de la rosácea fue de 8,8 años (Rango: 4-10). Los subtipos de rosácea presentes en la muestra fueron: telangiectásica (4), pápulo-pustulosa (6), fimatosa (2). El grado de severidad del cuadro fue: moderado (6) y leve (4). Al valorar la intensidad del *flushing* en el momento basal, valorado de 0 a 5, la media inicial fue de 3,7 puntos (Rango: 3-5). Al preguntar al cabo de un mes sobre el mismo valor a los pacientes, la media fue de 1,7 puntos (Rango: 0-2). Al evaluar el número de episodios de *flushing* en el momento basal y tras un mes de tratamiento se observó que el número de brotes en el momento basal presentaba una media de 2,4 brotes (Rango: 2-4). Al preguntar por el número de brotes tras un mes de tratamiento los datos fueron: media: 1,1 brotes (Rango: 0,5-2). Ningún paciente reportó efectos adversos asociados al uso del tratamiento. La valoración general del tratamiento medida en una escala del 0 al 10 fue de 7 puntos (media) (rango: 5-9), mientras que la valoración del coste del tratamiento medida en una escala analógica visual del 0-10 fue de 6,6 puntos (Rango: 4-9). En vista de los resultados obtenidos en esta serie de pacientes, el uso de oximetazolina tópica puede ser una opción interesante en el tratamiento del *flushing* facial asociado a rosácea.

Bibliografía

- Dahl MV. Rosacea subtypes: A treatment algorithm. *Cutis*. 2004;74:21-7.
- Schauber J, Gallo RL. Antimicrobial peptides and the skin immune system. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:261-6.
- Gupta AK, Chaudry MM. Rosacea and its management: An overview. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:273-85.
- Shanler S, Ondo AL. Successful treatment of the erythema and flushing of rosacea using a topically applied selective alfa-1 adrenergic receptor agonist, oxymetazoline. *J AM Acad Dermatol*. 2008;58(2):AB9.

14. USO DE DIFENCIPRONA EN EL SÍNDROME DE SATOYOSHI: A PROPÓSITO DE UN CASO

N.P. Merino de Paz^a, P. Contreras Ferrer^a, M. Rodríguez Martín^a, M. Sáez Rodríguez^b, I. González Perera^c y T. Virgos Aller^c

^aServicio de Dermatología. Hospital Quirón. Tenerife. ^bServicio de Dermatología. Centro Madre. Tenerife. ^cServicio de Farmacia. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Introducción: El Síndrome de Satoyoshi (SS) es una entidad muy poco frecuente, solo se han descrito unos 52 casos y se caracteriza por presentar alopecia universal, espasmos musculares, alteraciones óseas, diarrea y endocrinopatías. Se han reportado como tratamientos útiles los corticoides orales, la azatioprina, el tacrolimus, el metotrexato y las inmunoglobulinas intravenosas. La difenciprona es una sustancia sensibilizante para la que se ha demostrado su utilidad en la alopecia areata. Sin embargo, y a pesar de que es uno de los tratamientos con mayor nivel de evidencia, no se utiliza todo

lo que se esperaría dado que es un tratamiento que conlleva un seguimiento largo, provoca irritación y puede presentar recidivas. **Caso clínico:** Niña de 12 años diagnosticada de SS con alopecia universal de 7 años de evolución. Tras tratamiento intermitente con corticoides orales, con aparición de una diarrea importante; corticoides tópicos, sin resultado y UVB-be, con cefaleas importantes, se decidió instaurar tratamiento con difenciprona una vez en semana con dosis crecientes. Tras 5 meses de tratamiento se comienzan a obtener resultados positivos.

Discusión: El uso de la difenciprona no se ha descrito en otros tipos de alopecia diferentes de la areata. El SS se asocia a alteraciones inmunológicas y se han reportado diferentes autoanticuerpos. Su dermatoscopia muestra puntos amarillos y negros y pelos anagen distróficos, hallazgos similares a la alopecia areata. Los tratamientos descritos en la literatura se centran en la clínica principal y más incapacitante, especialmente espasmos musculares y diarrea. Sin embargo, los tratamientos que se han descrito útiles para la alopecia (corticoides orales y metotrexato) tienen efectos secundarios relevantes.

Conclusiones: Presentamos el primer caso de SS tratado con difenciprona, un tratamiento tópico sin repercusión sistémica, con buenos resultados.

15. REACCIONES ADVERSAS AL PIGMENTO ROJO DE LOS TATUAJES

E. Baquero Sánchez, R. Barabash Neila, M. Morillo Andújar y J. Conejo Mir

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

La práctica del tatuaje es conocida desde la antigüedad, habiéndose descrito reacciones adversas con todos los colores, aunque el que con más frecuencia da problemas continúa siendo el rojo. Histológicamente las reacciones descritas con más frecuencia son las de tipo liquenoide, granulomatosas y pseudolinfomatosas. Clásicamente estas reacciones se han relacionado con la utilización de derivados mercuriales como pigmento. Presentamos tres casos de pacientes con reacciones confinadas a las aéreas de color rojo de los tatuajes. Todos ellos presentaron una clínica muy similar con elevación de la zona, aunque uno de ellos presentó ulceración posterior que se decidió extirpar quirúrgicamente.

16. EL RETO DEL TRATAMIENTO DE LA NOTALGIA PARESTÉSICA

M. Salazar Nievas^a, J.M. Rubio López^b y R. Naranjo Sintés^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital San Cecilio. Granada. España.*

^b*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Jaén. España.*

Introducción: La notalgia parestésica es una condición neurocutánea que compromete el área dermatomérica entre D2 y D6, y que se caracteriza por la presencia de prurito en la zona escapular con hiperpigmentación. Parece ser que esta entidad sería secundaria a una lesión de los nervios espinales emergentes entre D2 y D6 por atrapamiento o traumatismo, hecho que se ha demostrado mediante estudios clínicos y electromiográficos en estos pacientes.

Caso clínico: Mujer de 63 años que consulta por mácula hiperpigmentada, unilateral, en la zona paravertebral izquierda, sin eritema ni descamación de varios años de evolución con intenso prurito. En la anamnesis detallada la paciente refería dolores raquídeos y hernias discales dorsales estudiadas en RMN. El tratamiento con corticoides e inmunomoduladores tópicos durante mucho tiempo había resultado ineficaz. Realizamos tratamiento con fórmula magistral crema O/W de capsaicina 0,025% + hidroquinona 5% + ácido kojico 2% c.s.p 100 gramos, aplicada en una fina capa dos veces al día. Tras tres meses de tratamiento la mejoría fue evidente, con disminución del prurito y de la pigmentación.

Conclusiones: El gran reto de la notalgia parestésica es el tratamiento. Proponemos el uso de la fórmula de capsaicina 0,025% + hidroquinona 5% + ácido kojico 2% O/W aplicada en una fina capa dos veces, con la que obtuvimos una excelente respuesta.

17. METOTREXATE INTRALESIONAL NEOADYUVANTE A CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO PRIMARIO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

R. Salido Vallejo, G. Garnacho Saucedo, A.M. Rodríguez Martín, I.S. de la Corte Sánchez y A. Vélez García Nieto

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

Introducción: El uso de metotrexate intralesional ha demostrado eficacia como tratamiento neoadyuvante a la cirugía del queratocantoma. Sin embargo, tan solo hay un caso publicado de su uso en carcinoma epidermoide infiltrante para la reducción del tamaño tumoral previo a la cirugía.

Material y métodos: Presentamos una cohorte prospectiva abierta formada por 27 pacientes con carcinomas epidermoides infiltrantes tratados con metotrexate intralesional de forma previa a la cirugía. Los pacientes fueron reclutados de los servicios de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Tras la aprobación por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital Universitario Reina Sofía y la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes, se realizó la infiltración intralesional de metotrexate entre 7-10 días previo a la intervención quirúrgica. Se recogieron los datos de filiación de los pacientes, así como los datos tumorales antes y después de la infiltración.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran una disminución considerable del área tumoral inicial tras la infiltración con metotrexate, más acusada en los carcinomas epidermoides de labio inferior. No se registraron efectos adversos locales ni sistémicos salvo dolor durante la infiltración en 16 de los 27 casos tratados.

Discusión: El uso de metotrexate intralesional como terapia neoadyuvante a la cirugía en el carcinoma epidermoide cutáneo, podría representar una alternativa para la reducción del tamaño tumoral en espera de la programación quirúrgica del paciente. No obstante, esta disminución ha sido menor que la observada en la literatura para los queratoacantomas, lo que podría apoyar la diferente naturaleza de ambas entidades. Los carcinomas que asientan en labio inferior han presentado una disminución más acusada, lo que podría apoyar la clasificación de los carcinomas epidermoides de labio inferior como carcinomas de mucosa oral y excluirlos de los estudios de carcinomas epidermoides cutáneos.

18. LÁSER NO ABLATIVO FRACCIONADO DE 1540 NM PARA EL TRATAMIENTO DE ESTRÍAS

M. Lorente Luna^a y P. Cornejo Navarro^b

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.* ^b*Instituto Médico Láser. Madrid. España.*

Introducción: Las estrías constituyen uno de los problemas estéticos más difíciles de resolver. El láser no ablativo fraccionado de 1540 nm es el primer tratamiento aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de las mismas. Las tasas de mejoría oscilan entre el 50 y el 90%.

Material y métodos: Presentamos 5 casos de estrías tratados con un láser no ablativo fraccionado de 1540 nm (Lux 1540, Palomar Icon). Cada paciente fue tratada con sesiones periódicas espaciadas 3-4 semanas, en número variable de 3 a 6 sesiones. Previamente, se aplicó crema anestésica. Se obtuvieron fotografías de control al inicio y al final del tratamiento. Para determinar el grado de mejoría se valoraron los siguientes parámetros: anchura de la estria, longitud, color y contraste con la piel adyacente.

Resultados: Se objetivó una mejoría en todos los parámetros valorados entre el 60 y el 80%. Las estrías rubras, que correspondían a lesiones más recientes, obtuvieron una mejoría más significativa y con menor número de sesiones. También se observó mejoría en el aspecto y el tono de la piel.

Discusión: El láser no ablativo fraccionado de 1540 nm produce columnas de daño térmico que ocasionan desnaturalización del colágeno. La cicatrización se produce a partir del tejido sano que queda entre las columnas, ya que el insulto térmico recluta mediadores inflamatorios, estimula los fibroblastos y los queratinocitos. Esto resulta en formación de nuevo colágeno, que reduce y mejora el aspecto de las estrías. La capa córnea permanece intacta, por lo que es un tratamiento muy seguro y no requiere periodo de recuperación.

Conclusiones: El láser no ablativo fraccionado de 1540 nm es un tratamiento seguro y efectivo para el tratamiento de estrías.

19. ESTUDIO PROSPECTIVO ABIERTO PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE PROTOTYPE CREMA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL FACIAL

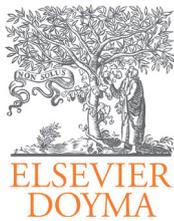
J.L. López-Estebanz, G. Quesada y M. Nieto

Hospital Universitario Fundación Alcorcón y DermoMedic Center. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar los efectos de la aplicación diaria de Prototype® Crema 2 veces al día durante 2 meses, en las características de la piel.

Material y métodos: Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes. Los criterios de inclusión mujeres mayores de 35 años sin patología cutánea dermatológica. Se reclutaron un total de 20 participantes de febrero a abril de 2013. A los participantes se les proporcionaba crema Prototype para aplicarse 2 veces al día en la zona facial durante 2 meses. Se realizó una visita basal de screening y al final y tras 2 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, fototipo, historial médico dermatológico, pigmentación e hidratación facial, profilometría en 2 zonas de la piel, análisis digital mediante sistema ANTERA 3D, test satisfacción del usuario, posibles efectos adversos y valoración general del facultativo con escala de 0-4 (PGA).

Resultados: La edad media fue de 48,5 años, (rango de 35 a 71). La distribución por fototipo fue: fototipo II 45%, III 50% y IV 5%. Todas las participantes finalizaron el tratamiento salvo 2. Ninguna de las participantes presentó efectos adversos locales. El grado de hidratación de las participantes se mantuvo con valores iguales o superiores a los basales en todas las participantes. El grado de pigmentación mejoró en la mayoría de las pacientes obteniendo una mayor luminosidad facial. La profilometría con el sistema Antera 3D obtuvo una mejoría significativa, con mejora en las arrugas finas y líneas faciales. No hubo mejoría global según los participantes en 6. La mejoría fue leve o moderada en 10 pacientes y alta en dos. La media de la mejoría en escala PGA fue de 1 por parte de los facultativos. Mediante el test de Evaluación Visual Analógica (valoración de 0-10) todas las participantes refirieron una satisfacción superior al 5. El valor medio fue de 7.



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

141 Congreso Nacional de la Academia Española de Dermatología y Venereología

Valencia, 5 y 8 de junio de 2013

1. CONTROVERSIAS EN DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. INTRODUCCIÓN A UN TEMA CONTROVERTIDO

A. Guerra Tapia y E. González Guerra

Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: El poder de la mente sobre el cuerpo ha sido y es todavía un tema polémico para los científicos. Hay pocas exploraciones complementarias, pocos signos patognomónicos y la evidencia acreditada que demuestre la eficacia de los tratamientos es escasa. Tal vez por ello resulta difícil conciliar las dos posturas dentro de la comunidad científica: la de los creyentes y la de los agnósticos.

Material y métodos: La revisión por la historia de la psiquiatría y el paralelismo encontrado con la dermatología permite, pese a las controversias alcanzar algunas conclusiones.

Discusión: Cada vez son más numerosos los descubrimientos que nos permiten descartar el origen exclusivamente psíquico de muchas enfermedades mentales, así como la única implicación cutánea en los procesos dermatológicos.

Conclusiones: Es muy posible que los factores biológicos o psicosociales, junto a un mecanismo de adaptación defectuosa, lleven a desencadenar una respuesta en la piel en lugar de en otro órgano, en individuos predispuestos. Las relaciones de la mente y el cuerpo, son especialmente evidentes en el tegumento. Órgano visible, grande y con intensas dotes de comunicación con el interior y el exterior, permite la expresión de conflictos internos y de conflictos externos -o lo que es lo mismo, la repercusión de las enfermedades cutáneas en el mundo intrínsecamente psíquico.

2. LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR EMOCIONAL. DATOS PRELIMINARES DEL CUESTIONARIO DEBIE (DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y BIENESTAR EMOCIONAL)

M.C. Martínez González^a, R.A. Martínez-González^b y A. Guerra Tapia^c

^aServicio de Dermatología. Práctica privada. Oviedo. ^bProfesora Titular. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Asturias. España. ^cProfesora Titular. Departamento de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: La Dermatología Estética (DE) es aquella parte de la Dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona. Entendemos que la DE puede contribuir a fomentar el bienestar de las personas y especialmente a su bienestar emocional.

Objetivo: Nuestro objetivo es valorar la percepción que tiene la población general sobre cómo puede contribuir la DE a su bienestar personal y validar una herramienta de trabajo que recoja de forma fiable esta información.

Material y métodos: Diseño y análisis del cuestionario para el objetivo requerido, así como su validación teórica, metodológica y su valoración empírica. Se toma de referencia la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) del Dr. Sánchez-Cánovas y se amplía esta escala EBP incluyendo ítems que analicen nuestro tema de estudio ya que no encontramos estudios o escalas que relacionen la DE y bienestar emocional. Para seleccionar la muestra piloto se controló que estuvieran representadas la diversidad de características sociodemográficas de la población general. Se obtiene un cuestionario final de 61

ítems de respuesta cerrada tipo Likert, con cuatro alternativas, que incluye dos bloques de contenido: uno valora bienestar psicológico subjetivo y el otro percepción de la persona sobre la DE y su contribución a dicho bienestar psicológico. Las 9 dimensiones que se analizan en ambos bloques: Optimismo (18 ítems), Afecto (13 ítems), Capacidad de Relajación Mental (3 ítems), Aceptación de uno mismo (8 ítems), Percepción de salud y funciones básicas (5 ítems), Preocupación por la Estética Cutánea (3 ítems), Percepción de la Relación de la Dermatología con la Estética (2 ítems), Conocimiento Poblacional de la DE (7 ítems), Percepción de la eficacia de la DE (2 ítems). Todo se precede por datos Socio-Demográficos básicos. Se construye una base de datos en SPSS y se realizan los correspondientes análisis estadísticos.

Resultados y discusión: Presentamos los primeros resultados y el proceso de elaboración de un cuestionario como herramienta de medida de la percepción de la población sobre la DE y su contribución al Bienestar Psicológico de las personas, al que hemos denominado DEBIE.

3. SÍNDROME DEL PACIENTE ODIOSO

E. González Guerra y E. López Bran

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: La relación médico paciente ha sufrido importantes cambios en las últimas décadas. Desde un paciente pasivo y un médico paternalista, hasta un paciente activo y un médico poseedor e intérprete de información que ha de consensuar con el paciente (modelo paternalista frente a modelo de autonomía). Esta transformación ha llevado a la aparición de nuevos tipos de pacientes, como es el llamado, metafóricamente, paciente odioso. Su definición dice: es aquel paciente que provoca sentimientos de asco, aversión o miedo en el médico tratante.

Caso clínico: Aunque los casos descritos son anecdóticos, se estima una frecuencia del 15%, con igualdad de sexo, estado civil, en cualquier país y en cualquier estrato social. Se han definido cuatro tipos: dependiente, demandante, manipulador y autodestructivo. Otras clasificaciones hablan de cuadros mayores (el pesado, el listo, el mentiroso), y menores (formas mixtas, borderline, mitis y por poderes). El paciente psiquiátrico excluye el diagnóstico de paciente odioso.

Discusión: Se consideran factores de riesgo para esta situación, la presencia de depresión o ansiedad, el presentar más de cinco síntomas, que la gravedad en una escala de 0 a 10 sea superior a 6, y que el médico no sea proclive a implicarse en problemas sociales. También el canal de transmisión es fundamental, empeorando los espacios mal habilitados, pequeños, ruidosos, la falta de tiempo y las interrupciones frecuentes.

Conclusiones: es importante que el médico adquiera habilidades de comunicación, ya que la información exclusivamente biomédica, se ha demostrado altamente insuficiente en estas situaciones. El paciente difícil no se puede cambiar, pero la relación difícil, tiene posibilidades de mejora si se adquiere formación.

Bibliografía

Suárez Martín E. El síndrome del paciente odioso. *Mas Dermatol.* 2007;2:2-5.

4. ¿QUÉ HAY DE NUEVO EN DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA 2012-2013?

E. Samaniego y M.J. Tribó Boixareu

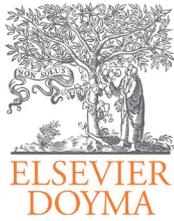
“Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España. “Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: Existe un interés creciente por el estudio y conocimiento de la Psicodermatología, demostrado por una clara tendencia al aumento de las publicaciones en los últimos 10 años.

Objetivo: Selección de artículos novedosos y/o de interés publicados en el campo de la Psicodermatología en el período 2012-2013. **Material y métodos:** Búsqueda bibliográfica en pubmed. Criterios: (“psychodermatology” OR “Factitious disorders” OR “Delusional parasitosis” OR “delusions of parasitosis” OR “Morgellons disease” OR “Munchausen Syndrome” OR “Trichotillomania” OR “Vulvodinia” OR “Nodular prurigo” OR “Psoriasis and QoL” OR “Atopic dermatitis and QoL” OR “Burning Mouth Syndrome”) del 1 abril de 2012 al 31 de marzo de 2013.

Resultados: 253 artículos. Los temas con mayor número de publicaciones fueron: tricotilomanía, glosodinia, vulvodinia, trastornos facticios, delusión parasitaria y/o Morgellons, psoriasis y calidad de vida, dermatitis atópica y calidad de vida. Se seleccionaron artículos de varios temas de interés. 1) Trastornos facticios: A. Células multinucleadas gigantes (agentes externos mecánicos o cáusticos pueden inducir multinucleación de queratinocitos). B. Dermatitis artefacta ampollosa: claves histológicas para diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampollosas. 2) Actualización de la terminología y clasificación de las lesiones autoinfligidas por la Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría (ESDAP) 2013. 3) Prurito: A. Guías europeas del prurito crónico 2012. B. Relación entre prurito y estado psicológico en pacientes con dermatitis atópica. 4) Delusión parasitaria: A. Estudio multicéntrico europeo sobre el espécimen. B. Tratamiento satisfactorio con antidepresivos. 5) Riesgo de suicidio en enfermedades dermatológicas. 6) Dinias: A. Síndrome de la boca quemante y menopausia. B. Evolución de la respuesta al tratamiento y evolución en el Síndrome de la boca quemante C. Cortisol salivar, 17 b-estradiol, progesterona, dehidroepiandrosterona y a-amilasa en pacientes con SBU. D. Uso de Amitriptilina en crema en vestibulodinia provocada. 7) Calidad de vida: Comparación del skindex-29, DLQI, PDI y SF-36 en pacientes con psoriasis leve a severa.

Conclusiones: Continúa el aumento de la actividad investigadora en psicodermatología. Las patologías que estudia son relativamente frecuentes en la consulta del dermatólogo y de manejo difícil, siendo en ocasiones necesaria la colaboración con otros especialistas. Aún existen muchas incógnitas por resolver en campos como la etiología, patogenia, tratamientos de elección...



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA QUIRÚRGICA, LÁSER Y ONCOLOGÍA CUTÁNEA

XXVI Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV

Pamplona, 18 y 19 de octubre de 2013

Ponencias

1. ¿PODEMOS SACARLE UN MAYOR RENDIMIENTO PRONÓSTICO A LA BIOPSIA DEL CÁNCER CUTÁNEO? INVESTIGACIÓN BÁSICA Y APLICABILIDAD CLÍNICA

R.M. Pujol

Departamento de Dermatología. Pac de Salut Mar. Barcelona. España.

El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), la segunda neoplasia más frecuente dentro del grupo del cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) (20-25%), suele presentar un comportamiento benigno y puede ser completamente erradicado mediante cirugía u otros procedimientos. Sin embargo, existe un subgrupo de CEC (CEC de alto riesgo) (5%) que se asocia con una mayor capacidad de desarrollar complicaciones loco-regionales y/o a distancia metástasis nodal con una elevada morbi-mortalidad. Se han descrito una serie de parámetros tanto clínicos como histológicos asociados con un mayor riesgo para desarrollar un comportamiento clínico agresivo. El estudio de potenciales biomarcadores para el CEC de evolución agresiva incluye la valoración de alteraciones en el ADN, en el ARN tumoral y de expresión de proteica. El ADN tumoral en el CEC puede presentar diversas modificaciones, incluyendo amplificaciones, pérdida de heterocigosidad, mutaciones puntuales y cambios epigenéticos de diferentes oncogenes y genes supresores tumorales. La activación o la supresión transcripcional de algunos genes representa también un aspecto importante en el fenómeno de carcinogenesis. La aplicación práctica de dichos marcadores debe ser técnicamente sencilla permitiendo su potencial incorporación a la práctica diaria. A partir de dichos estudios, durante los últimos años se ha postulado la existencia de una serie de marcadores moleculares que podrían asociarse con CEC de alto riesgo: La expresión del antígeno CD200 en las paredes vasculares como factor de progresión tumoral, las amplificaciones del gen *CKS1B* (subunidad 1 de las ciclinas reguladoras dependientes de quinasas) detectadas mediante FISH en CEC de evolución agresiva, las ganancias o amplificaciones del gen *c-myc* en CEC poco diferenciados, expresión de *miroARN*

en CEC agresivos, o la expresión de *Serpina A1* (Serpina Peptidase Inhibitor Clade A Member 1) durante el fenómeno de progresión tumoral. Se ha demostrado que la expresión de *podoplanina* se halla aumentada en CEC de alto riesgo y recientemente se ha postulado la participación del fenómeno de transición epitelio-mesénquima (TEM) en la progresión tumoral. El programa TEM implica la aparición de células motiles de aspecto mesenquimal a partir de células epiteliales no motiles. En dicho fenómeno participan proteínas de superficie (E-caderina, N-cadherina e integrinas), proteínas del citoesqueleto (actina musculo liso, vimentina, β -catenina), proteínas de la matriz extracelular extracelular (fibronectina y laminina), y factores de transcripción (*SNAIL1*, *SNAIL2*, *TWIST*, and *LEF-1*). Se discuten los potenciales marcadores descritos y las distintas técnicas de valoración, así como las perspectivas de futuro.

2. RADIOTERAPIA ADYUVANTE. SÍ O NO. PROTOCOLO EN CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

P. Gil Sánchez y P. Redondo Bellón

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

La radioterapia se puede utilizar sola o en combinación con la cirugía en el tratamiento de tumores faciales. La radioterapia adyuvante puede ser postoperatoria o preoperatoria. La primera modalidad, aplicada tras la cirugía, se plantea para conseguir un mejor control local de la enfermedad disminuyendo así la aparición de recidiva local. Además, permite eliminar restos tumorales microscópicos y facilita la conservación de la anatomía y la estética, evitando cirugías mutilantes y extensa. La radioterapia adyuvante preoperatoria aplicada previa a la cirugía en tumores localmente muy avanzados, donde la intervención quirúrgica inicialmente no es posible o conllevaría una extirpación muy amplia, permite conservar la anatomía y mejorar la supervivencia¹. Actualmente no existen estudios randomizados comparando el beneficio de la adyuvancia de la radioterapia a la cirugía frente al tratamiento quirúrgico en monoterapia

en carcinomas espinocelulares (CEC) de alto riesgo, por lo que es controvertido el beneficio de esta técnica, aunque diferentes autores la recomiendan y así se recoge en la última versión 2013 de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines²⁻⁵.

¿Cuándo indicaríamos la radioterapia adyuvante postoperatoria?

1) *Cuando hay riesgo de recidiva local.* El riesgo de recidiva del carcinoma basocelular (CBC) se relaciona con el tamaño tumoral y la localización. Así los localizados en área L con un tamaño igual o superior a 20 mm, en área M con 10 o más mm o en área H con 6 o más mm se consideran de alto riesgo. Otros factores de riesgo son la infiltración en profundidad, el subtipo histológico (esclerodermiforme, infiltrativo, micronodular), la pobre definición de los bordes, la inmunosupresión, la existencia de una recidiva tumoral, la aparición sobre zona de radioterapia previa y la invasión perineural. Actualmente cualquiera de estos factores que tenga el tumor lo coloca en la categoría de alto riesgo². Según la NCCN Guidelines versión 2.2013, CBC de bajo riesgo que tras cirugía escisional con márgenes de 4 mm presentan bordes afectos y que no sean candidatos a nueva cirugía se aconseja radioterapia adyuvante. Cualquier CBC de alto riesgo que tras la cirugía presenta márgenes positivos debe ser intervenido mediante cirugía de Mohs o con control de bordes tridimensional al microscopio (CCPDMA) o tratado con radioterapia. Si el tumor ha sido tratado con Mohs o con CCPDMA y los márgenes están afectos es necesario radioterapia adyuvante. Si los márgenes son negativos pero hay afectación perineural extensa o un nervio grande está afectado se recomienda también radioterapia adyuvante. Hay que recordar que la mayoría de las recidivas se presenta en los tres primeros años del tratamiento inicial. El riesgo de recidiva del CEC se relaciona con el tamaño y localización de tumor. Así los localizados en área L con un tamaño igual o superior a 20 mm, en área M con 10 o más mm o en área H con 6 mm o más se consideran de alto riesgo. Como parte del tamaño del tumor se incluye el halo eritematoso perilesional. Otros factores de riesgo son la pobre definición de los bordes tumorales, la presencia de una recidiva local, la inmunosupresión, la localización sobre procesos inflamatorios crónicos o sobre áreas previamente radiadas, el rápido crecimiento tumoral, los síntomas neurológicos, la histología moderada-pobremente diferenciada, el tipo histológico adenoide (acantolítico), el adenoescamoso (con producción de mucina), el desmoplásico, la afectación de la dermis reticular o la grasa subcutánea (niveles Clark IV y V) o espesor igual o mayor de 2 mm y la invasión perineural o linfovascular^{2,6}. Hay otros factores de riesgo que se podrían plantear, pero que no están recogidos en la última guía NCCN como es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la expresión de ciertos genes tumorales y marcadores genéticos. Así el EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico), las proteínas STAT 3, la E caderina, el CD 44 y el Ets-1 se pueden considerar factores de riesgo de recidiva o de agresividad en los CEC. La NCCN Guidelines versión 2.2013 aconseja radioterapia adyuvante en CEC de bajo riesgo que tras cirugía escisional con márgenes de 4-6 mm presentan bordes afectos no siendo los pacientes candidatos a nueva cirugía. Cualquier CEC de alto riesgo que tras la cirugía indicada según la localización, presenta márgenes positivos debe ser intervenido mediante cirugía de Mohs o con CCPDMA o tratado con radioterapia. Si el tumor ha sido tratado con Mohs o con CCPDMA y los márgenes están afectos es necesario radioterapia adyuvante. Si los márgenes son negativos pero hay afectación perineural extensa o un nervio grande está afectado se recomienda radioterapia adyuvante. En los casos de afectación ganglionar se indica radioterapia sobre cadenas ganglionares cuando resultan inoperables o cuando hay más de 2 ganglios positivos o uno mayor de 3 cm o ha habido ruptura extracapsular. Para poder aceptar las indicaciones de la NCCN Guidelines 2.2013 hay que tener en cuenta ciertas premisas. En el año 2010 se publicó la nueva clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) de los carcinomas cutáneos no melanoma⁷. En ella, en el momento de definir la T del tumor, además del tamaño tumoral (→ 2 cm) se consideran otros datos como la profundidad de invasión (→ 2 mm),

nivel de Clark IV o superior, la localización (pabellón auricular, mucosa labial) o el grado de diferenciación (tumores pobremente diferenciados). Si un tumor cumple dos o más de los anteriores criterios pasaría a formar parte de una T superior de la que le correspondería por el tamaño. En esta clasificación se excluyen CEC localizados en párpados, pene o vulva. Y si bien es verdad que se logra una mejor predicción del pronóstico del CEC, hay otros factores de alto riesgo que no están incluidos en esta clasificación y que conllevan una mayor tasa de recidiva y metástasis. La radioterapia postoperatoria se plantea porque lesiones tumorales extensas y recidivantes pueden ser imposibles de eliminar mediante cirugía debido a la existencia de vías de diseminación del cáncer cutáneo no melanoma. Este a través de las unidades pilosebáceas puede invadir la dermis media y es posible que existan isletas tumorales aisladas en la dermis profunda. El CEC en etapas tempranas de su evolución puede infiltrar en profundidad a través de la hipodermis. Además la invasión por contigüidad puede hacer que los CBC y CEC afecten estructuras vitales como el oído, párpado y conducto lacrimonasal. El tumor puede desarrollarse a través de fascias y planos como periostio, pericardio y fascia muscular. La diseminación perineural de los CBC y CEC se asocia a un mal pronóstico, resultando un acceso directo al sistema nervioso central. Generalmente los CB (0,9%) que desarrollan esta diseminación son recurrentes o corresponden a tumores localmente avanzados. La invasión perineural es algo más frecuente en CEC (5-10%) asociándose a una mayor tasa de recidivas y/o invasión de ganglios e incluso de disminución de la supervivencia global⁸. Las manifestaciones clínicas son muy insidiosas, resultando asintomáticas en el 60-70% de los pacientes y necesitando años para dar síntomas como hormigueos, quemazón, parestesias, dolor o deficiencia motora. Se ha demostrado que la invasión perineural de nervios con un diámetro superior a 0,1 mm se asocia a metástasis⁹. Hacen falta más estudios para precisar este dato. En principio, los CEC con invasión perineural significativa (diámetro de los nervios superior a 0,1 mm) aun cuando han sido extirpados con márgenes quirúrgicos libres, la radioterapia adyuvante estaría indicada¹⁰. En los casos de afectación perineural donde además no es posible una resección quirúrgica completa la radioterapia adyuvante está indicada a pesar de mal pronóstico¹¹. Diversas series muestran resultados favorables tras tratamiento con radioterapia adyuvante en pacientes asintomáticos con invasión perineural microscópica con un control local del 78% frente al 50% en los pacientes con síntomas neurológicos o afectación macroscópica^{12,13}. La invasión linfovascular de los CEC se asocia a un mayor riesgo de metástasis regionales y de invasión vascular. Este último dato no se considera en la mayoría de los trabajos, tampoco se incluye en la última clasificación AJCC, pero sí se recoge ya como factor de riesgo en la última versión de NCCN Guidelines. Otras vías de diseminación del CBC y del CEC es la ganglionar, la cutánea y la hidatógena. En el caso del CBC la diseminación ganglionar es infrecuente, menos del 0,1%, presentándose en tumores de gran crecimiento en extensión y profundidad, ulcerativos y recurrentes tras tratamientos. Es posible las metástasis en pulmón, hígado y hueso. Los CEC con factores pronósticos desfavorables pueden tener afectación ganglionar en el 10-38% de los casos, siendo los ganglios periparotídeos e intraparotídeos los más frecuentemente afectados¹⁴. La diseminación hematógena puede provocar afectación de pulmón, hígado, cerebro, piel o hueso.

2) *Cuando la resección quirúrgica es incompleta y/u obtener márgenes quirúrgicos libres de tumor puede suponer resecciones y reconstrucciones extensas.* Así hay series publicadas que demuestran CEC radiados, tras extirpación tumoral incompleta, tienen un mejor control local de la enfermedad y mayor supervivencia (87% de control local y 10-15% de metástasis ganglionares frente al 65% de control local y 39% de metástasis ganglionares)¹⁵. Hay otras dudas que pueden surgir al plantear la radioterapia adyuvante como son: ¿Es posible la reirradiación? Si se ha administrado una dosis radical de radioterapia se recomienda la cirugía para persistencias o recidivas tumorales. Solo se plantea la reirradiación cuando la zona afectada

presenta un aspecto saludable, con buena vascularización y la cirugía está contraindicada. ¿Se contraindica el tratamiento radioterápico si hay afectación tumoral de hueso o de cartilago? Con los nuevos equipos no¹. Es importante recordar que la radioterapia está contraindicada en condiciones genéticas que predisponen al cáncer de piel como son el síndrome de nevus basocelular, el xeroderma pigmentoso y en las enfermedades del tejido conectivo como la esclerodermia.

Bibliografía

1. Wong JR, Wang CC. Radiation therapy in the management of cutaneous malignancies. *Clin Dermatol.* 2001;19:348-53.
2. NCCN Guidelines, version 2.2013.
3. Veness MJ. Treatment recommendations in patients diagnosed with high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Australas Radiol.* 2005;49:365-76.
4. Jambusaria-Pahlajani A, Miller CJ, Quon H, et al. Surgical monotherapy versus surgery plus adjuvant radiotherapy in high-risk cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of outcome. *Dermatol Surg.* 2009;35:574-85.
5. Bumpous J. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma to the parotid and cervical lymph nodes: treatment and outcomes. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:122-5.
6. Nuño-González A, Vicente-Martin FJ, Pinedo-Moraleda F, et al. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. *Actas dermosifiliogr.* 2012;103:567-78.
7. Farasat S, Yu SS, Neel KS, et al. A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous squamous cell carcinoma: Creation and rationale for inclusion of tumor (T) characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1051-9.
8. Clayman GL, Lee JJ, Holsinger FC et al. Mortality risk from squamous cell skin cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23:759-65.
9. Ross AS, Whalen FM, Elenitsas R, et al. Diameter of involved nerves predicts outcomes in cutaneous squamous cell carcinoma with perineural invasion: an investigator-blinded retrospective cohort study. *Dermatol Surg.* 2009;35:1859-66.
10. Mendenhall WM, Ferlito A, Takes RP, et al. Cutaneous head and neck basal and squamous cell carcinomas with perineural invasion. *Oral Oncol.* 2012;48:918-22.
11. Kwan W, Wilson D, Moravan V. Radiotherapy for locally advanced basal cell carcinoma and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004;60:406-11.
12. McCord MW, Mendenhall WM, Parsons JT, et al. Skin cancer of the head and neck with clinical perineural invasion. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000;47:89-93.
13. McCord MW, Mendenhall WM, Parsons JT, et al. Skin cancer of the head and neck with incidental microscopic perineural invasion. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1999;43:591-5.
14. García Zuazaga J, Olbricht. Cutaneous squamous cell carcinoma. *Adv Dermatol.* 2008;24:33-57.
15. Pérez CA. Management of incompletely excised carcinoma of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1991;20:903-4.

3. ¿QUÉ CARCINOMAS BASOCELULARES REQUIEREN ESPECIAL SEGUIMIENTO? NUESTRA EXPERIENCIA

B. Llombart, O. Sanmartín, C. Requena, C. Serra, E. Nagore y C. Guillén

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

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente en humanos. A pesar de su alta incidencia, no existe un consenso en el seguimiento de estos pacientes. La mayoría de los CBC presentan poca agresividad local y, por lo general, los controles se realizan a lo largo de los cinco años posteriores al tratamiento. Sin embargo, algunos CBC requieren un mayor seguimiento, pues muestran un comportamiento biológico más agresivo, con una gran destrucción

local y tendencia a la recidiva local e incluso metastásica. Se consideran CBC de mayor agresividad los localizados en la zona de "hendiduras embrionarias", es decir, en el pliegue nasogeniano, en el ángulo nasorbitario y en la región retroauricular; así como los CBC que se hallan en áreas irradiadas o la región genital. Los patrones histológicos asociados a un comportamiento más agresivo son los CBC: micronodular, morfeiforme, infiltrativo y basoescamoso. La presencia de infiltración perineural es un hallazgo poco común, con una incidencia del 0,17%-3,8% del total de los CBC. Su frecuencia es mayor en los tipos histológicos más agresivos y en tumores recurrentes. Los CBC metastásicos son excepcionales con una incidencia del 0,0028%-0,55% del total de los CBC. En general, se trata de lesiones de gran tamaño (> 8 cm), terebrantes y recidivantes, localizadas en la mayoría de los casos en cabeza. Las metástasis más frecuentes son las ganglionares y las pulmonares, y más raramente las óseas y las hepáticas. El seguimiento de los pacientes con CBC debe realizarse también en función de las características del paciente. Los pacientes inmunodeprimidos (trasplante, VIH o con tratamientos inmunosupresores) o que presenten una predisposición genética (albinismo, síndrome Bazex, síndrome de Gorlin y xeroderma pigmentoso) necesitan controles más estrechos y de manera indefinida.

4. DERMATOSCOPIA DIGITAL: ¿QUÉ PACIENTES, QUÉ LESIONES, QUÉ OBJETIVOS?

A. Pizarro Redondo

Unidad de Prevención y Diagnóstico Precoz de Melanoma. Clínica Dermatológica Internacional. Clínica Ruber. Madrid. España.

Las preguntas que se plantean en esta ponencia no tienen respuestas fáciles. Yo, al menos, tengo mis dudas. En cualquier caso, reflexionar sobre estas cuestiones nos puede ayudar a todos a optimizar nuestros recursos y a pulir nuestras estrategias con un gran objetivo común: reducir la mortalidad por melanoma.

Una primera cuestión es clave: la mayoría de melanomas, ¿surgen de *novo* o sobre un lunar previo? Las cifras disponibles de los estudios al respecto son enormemente variables. Es obvio que ambas opciones son posibles. Personalmente pienso que la segunda opción es la más frecuente por tres razones: 1) cuando el melanoma se sitúa en una zona fácilmente visible, la mayoría de mis pacientes recordaban que ahí tuvieron previamente un lunar estable y asintomático durante años (así ocurre también en algunas series publicadas al respecto); 2) muchos de los melanomas que he diagnosticado durante el seguimiento de pacientes con mapas corporales completos y dermatoscopia digital se desarrollaron donde previamente existía un pequeño lentigo o lunar no atípico, que de no existir foto previa de la zona habría pasado desapercibido; y 3) por definición, un melanoma crece de forma descontrolada (aunque no necesariamente rápida), y un lunar no. Así que lo esperable, quizás por un simple mecanismo de "competencia celular" (Wagstaff L, et al. *Trends Cell Biol.* 2013;23:160-6; Levayer R, Moreno E. *J Cell Biol.* 2013;200:689-98), es que las células del melanoma acaben ocupando el nicho del lunar del cual surgieron, borrando cualquier vestigio del mismo. Que el patólogo no encuentre restos del (pequeño) lunar original no significa que este no haya existido. Si pensáramos que la mayoría de los melanomas surgen de *novo*, nuestra estrategia de vigilancia deberá dirigirse hacia la detección de lesiones nuevas con atipia elevada desde el principio. Las imágenes panorámicas son aquí de importancia crucial. Si pensamos que la mayoría de los melanomas surgen sobre un lunar previo deberemos prestar especial atención a los lunares inestables que ganen atipia en los controles sucesivos con dermatoscopia. Algunos de los equipos de dermatoscopia digital vienen equipados con cámaras y programas que permiten cubrir ambas posibilidades, y son por ello de máxima utilidad en este campo.

¿A qué pacientes debemos ofrecerles el seguimiento con dermatoscopia digital?

La respuesta más obvia es a los pacientes con múltiples lunares atípicos, apoyada en las conclusiones del primer metaanálisis sobre seguimiento con dermatoscopia digital (Salerni G, et al. J EADV. 2013;27:805-14). Sin embargo, cuando yo busco en mi archivo de imágenes a los melanomas nodulares o con presentación clínica más agresiva suelo encontrarlos en pacientes con muy pocos lunares, y en este grupo están la mayoría de los pacientes que he atendido con melanoma metastásico. En mi opinión, esto justifica que a pacientes con factores de riesgo de melanoma, aunque con pocos lunares o lunares no atípicos, se les ofrezca el seguimiento sistemático, exhaustivo y preciso que se consigue con los mapeos corporales completos con un equipo de dermatoscopia digital. En muchos de estos pacientes las imágenes panorámicas serán las más relevantes. Y en algunos casos, el mapeo inicial exhaustivo puede permitirnos detectar con dermatoscopia algún melanoma muy incipiente, hasta entonces completamente desapercibido.

¿Qué lesiones deben seguirse con dermatoscopia digital?

La respuesta más obvia sería: los lunares más atípicos. Pero la inmensa mayoría de los lunares más atípicos son estables o acaban sufriendo cambios simplemente involutivos. Antes que nada, la dermatoscopia digital evita su extirpación innecesaria. Cuando uno ha hecho seguimiento con dermatoscopia digital durante muchos años de miles de lunares en centenares de pacientes se sorprende ante la presencia de melanomas originados en lunares pequeños y de aspecto clínico banal. Al principio se sorprende..., al final se acostumbra. En un reciente estudio sobre mutaciones en melanomas asociados a nevos melanocíticos llamaba la atención que muchos de los nevos asociados a un melanoma fueran de tipo dérmico, que no es el patrón histológico habitual en los nevos melanocíticos clínicamente atípicos (Tschandl P, et al. PLoS ONE 2013;8:e69639). No es el momento de explicar el porqué de esta paradoja, pero creo que tiene fácil explicación si reconsideráramos los pasos que probablemente da un nevo melanocítico cuando se transforma en melanoma y cómo interaccionarán después ambas poblaciones celulares. En cualquier caso, con independencia de cuál sea la explicación de este hecho, a mí todo esto me sugiere que el seguimiento con dermatoscopia digital debe incluir tanto a lunares relativamente banales como a los más atípicos. ¿Cuántos lunares por paciente? En mi opinión el límite no lo debe poner el grado de atipia sino el tiempo de exploración razonable y disponible por paciente (lo que viene muy condicionado por la rapidez con la que se trabaja, en función de las características del equipo con el que se toman las imágenes y de la experiencia del dermatólogo que está tomando e interpretando las imágenes). En el metaanálisis antes mencionado, la media de lesiones por paciente oscilaba entre 1,3 y 34,8. En la serie del grupo del Hospital Clínic de Barcelona (Salerni G, et al. J Am Acad Dermatol. 2012;67:e17-27) la media de lesiones monitorizadas por paciente fue de 18,44 (por muchas razones, esta serie me parece una referencia imprescindible y obligada en este campo). Yo trabajo actualmente en el entorno de 50-60 lesiones monitorizadas por paciente, partiendo de la base de que no espero que los lunares más atípicos sean los que vayan necesariamente a generar un melanoma, aunque sí sean los que más dudas diagnósticas nos generen a priori. Pero nuestras dudas diagnósticas no tienen *per se* ningún efecto mutagénico conocido...

¿Cuál debe ser el objetivo básico de la dermatoscopia digital?

Muchos autores lo ciñen al diagnóstico precoz del melanoma, minimizando la extirpación innecesaria de lunares benignos. Ambos objetivos son loables y de su conjunción surge un parámetro para medir nuestra eficiencia: el cociente entre lunares benignos y melanomas extirpados. Casi todos los autores defienden que debemos aspirar a un cociente B/M bajo. En mi opinión este planteamiento es erróneo. Pero aquí debemos retomar la pregunta inicial: la mayoría de melanomas, ¿surgen de *novo* o sobre

un lunar previo? Si creo que surgen sobre un lunar previo, ello implica que habrá una fase en la que el lunar, aun benigno, “ganará atipia”, algo fácilmente detectable con dermatoscopia digital. Su extirpación en esta fase evitará la aparición del melanoma. Como los lunares inestables que ganan atipia son minoritarios, este planteamiento no debe incrementar mucho el número de lesiones benignas extirpadas por paciente atendido y año. En el cociente B/M, la B no debe aumentar. Pero si acertamos a extirpar los lunares en vías de transformación a melanoma, lo que se reducirá es la M. Con este planteamiento, el cociente B/M inevitablemente aumentará, y es deseable que lo haga. Este planteamiento concede a la dermatoscopia digital un papel relevante tanto en el diagnóstico precoz del melanoma (prevención secundaria) como en evitar la aparición de algunos melanomas (prevención primaria). En el concepto “ganancia de atipia” prima más la evolución de la imagen que la imagen misma. Esta es en mi opinión la principal ventaja y fortaleza de la dermatoscopia digital.

5. CÓMO PLANIFICO MI TÉCNICA RECONSTRUCTIVA

A. Vilalta Solsona

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Una intervención quirúrgica implica necesariamente una cicatriz. En cirugía dermatológica, la mayoría de intervenciones son realizadas mediante acero frío para la incisión de la piel o la excisión de una lesión. El resultado de una cicatriz dependerá de muchos factores; localización anatómica, características de la piel, edad del paciente como más importantes. También intervendrán otros factores como los correctos cuidados postoperatorios, la prevención de una infección, inmovilización de la herida quirúrgica y patologías o condiciones que puedan interferir en la evolución del proceso de cierre. Por otra parte, los resultados tanto cosméticos como funcionales dependerán directamente de cómo se planifique el cierre de la herida quirúrgica. El cierre de una herida puede ser por primera intención, sea por una aproximación directa de los bordes, por un colgajo, por un injerto de piel o por una segunda intención. Los resultados serán muy diferentes en cada caso. Por esencia la Cirugía Dermatológica prioriza el resultado terapéutico por encima del resultado estético de la reparación quirúrgica, pero la presión social cada vez es más exigente en este último aspecto. Por ello, el cirujano dermatológico deberá tener muy en cuenta, aparte de todos los factores antes citados, la forma de planificar el cierre de la herida quirúrgica. Evidentemente el tipo de cierre se adaptará a cada circunstancia o necesidades, pero siempre priorizando el beneficio terapéutico. La planificación de un cierre comienza con la anamnesis del paciente, valorando en primer lugar las características de la lesión, su estirpe benigna o maligna, tamaño y en segundo lugar su localización anatómica y estructuras implicadas. Con ello, valoraremos la envergadura aproximada de la herida quirúrgica resultante y la técnica más óptima del cierre. A partir de aquí, valoraremos otros aspectos como el tipo de piel, la edad, posibles patologías concomitantes y el estado general del paciente, aspectos que pueden obligar a cambiar la planificación y técnica del cierre de la herida quirúrgica. La previa planificación de un cierre no siempre es aplicable, ya que existen situaciones tales como en la cirugía de Mohs donde el defecto final obliga a modificar el esquema de cierre previsto antes de la intervención. También existen situaciones en las que la planificación previa no será válida aunque técnicamente sea la más indicada, tal como en los casos de pacientes con patologías severas que no permitan un tiempo operatorio prolongado y en los que se seleccionara una técnica menos morbiliforme obviando cierres complejos. En esta presentación se expondrán una serie de casos, ejemplo de cómo debe planificarse correctamente la técnica de un cierre.

6. CÁNCER CUTÁNEO LOCALMENTE AVANZADO. INDICACIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO PREVIO A LA CIRUGÍA

C. Requena

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

Un cáncer se considera localmente avanzado cuando en su crecimiento excede el órgano que lo originó, de modo que infiltra órganos o tejidos vecinos. Esta definición del cáncer localmente avanzado pertenece a la patología general, sin embargo en dermatología se considera como tal también aquel tumor cuya localización o tamaño requiere de cirugías agresivas que puedan implicar repercusiones estéticas o funcionales importantes. Dado que la gran mayoría de los cánceres cutáneos son carcinomas basocelulares y carcinomas epidermoides, y que estos tumores asientan preferentemente en la cara, las repercusiones estéticas de su tratamiento deben ser tenidas en cuenta en muchos casos. Las terapias neoadyuvantes disponibles en el cáncer cutáneo no melanoma previas a la cirugía son limitadas y podemos agruparlas en cinco grandes grupos. Los quimioterápicos intralesionales como el metotrexato, el 5-FU, la bleomicina o el IFN se han empleado en carcinomas basocelulares, queratoacantomas y carcinomas epidermoides. El Imiquimod, dentro de los inmunomoduladores, resulta útil en el carcinoma basocelular y en la enfermedad de Paget extramamaria primaria. Los inhibidores de tirosin quinasa, como el Imatinib, pueden facilitar la cirugía del dermatofibrosarcoma protuberans. La quimioterapia sistémica y los inhibidores del EGFR se han empleado en el carcinoma epidermoide. Y, por último, los inhibidores de la vía del hedgehog como el Vismodegib empiezan a utilizarse en casos seleccionados de carcinoma basocelular de forma previa a la cirugía. Revisamos nuestra experiencia en el uso de metotrexato en queratoacantomas, de Imatinib en dermatofibrosarcomas y de Imiquimod en carcinomas basocelulares, como tratamientos previos a la cirugía.

7. INJERTO CAPILAR EN LAS ALOPECIAS CICATRICIALES

F. Jiménez Acosta

Consulta Privada clinicadelpelo.com. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Las alopecias cicatriciales se clasifican en primarias y secundarias. Las primarias son aquellas en las que el folículo es afectado específicamente por un proceso inflamatorio agudo o crónico que da lugar a una destrucción irreversible del folículo piloso. En las alopecias cicatriciales secundarias el folículo es destruido de forma inespecífica junto al resto de la piel y anejos por una causa no inflamatoria. El trasplante es una excelente opción terapéutica en las alopecias cicatriciales secundarias debidas por ejemplo a quemaduras, a traumatismos, cicatrices de cirugía craneal, alopecias posradioterapia, cicatrices residuales a infecciones por hongos, etc. El pelo trasplantado crece perfectamente en la cicatriz residual y poco a poco va cubriendo la zona de alopecia mejorando mucho el problema estético. Por el contrario, el trasplante en alopecias inflamatorias como el liquen plano pilar, o la alopecia frontal fibrosante hay que ser muy cauteloso. En general, se prefiere no trasplantar las alopecias cicatriciales inflamatorias en fase activa. En aquellas en fase estable se prefiere esperar al menos dos años para trasplantar y hacer alguna prueba previa de trasplante. En esta charla presentaré algunos casos de diferentes alopecias cicatriciales tratados con trasplante capilar.

8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES UNGUEALES

R. Bosch García

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

A través de la exposición de los distintos tipos de tumores más frecuentes en la falange distal de los dedos se describen las distintas técnicas disponibles para su tratamiento quirúrgico. Se hace hincapié en las siguientes aspectos: la cirugía de los tumores ungueales no es difícil pero sí delicada. Requiere un buen conocimiento de la anatomía y fisiología de la zona. Cualquier actuación, por sus posibles consecuencias requiere una completa seguridad diagnóstica, por lo que la biopsia previa del tumor es siempre muy recomendable. La probabilidad de secuelas importantes (deformidad ungueal, alteración funcional, dolor persistente, etc.), es alta, lo que debe ser comunicado al paciente que tiene que firmar el correspondiente consentimiento informado. Las medidas antisépticas y el tratamiento del dolor son muy importantes, dado el alto riesgo de infección y la presencia frecuente de dolor intenso en el postoperatorio. Las técnicas disponibles son variadas y van desde la simple electrocoagulación de algunas lesiones a la amputación, pasando por diferentes plastias.

9. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR PERIOCLAR. MI EXPERIENCIA

J.R. Garcés

Hospital de Sant Pau. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

Los carcinomas basocelulares que asientan en el área periocular pueden ser tratados mediante métodos destructivos o de extirpación. Dependiendo de la edad y estado de salud del paciente así como de la infiltración del tumor, nos decidiremos por la terapia. Entre los métodos destructivos utilizados en esta zona destacan la radioterapia o la terapia fotodinámica. Otras terapias como la crioterapia, la electrodisecación, el láser o el Imiquimod tópico, se utilizan poco por razones de retracción de la cicatriz o de irritación del globo ocular. Entre los tratamientos de extirpación, la cirugía de Mohs representa la técnica estrella debido a su capacidad para respetar al máximo el tejido sano de alrededor. De todas maneras, el área periocular representa un desafío para el cirujano dermatológico. Previamente a la a la cirugía deberíamos conocer muy bien la anatomía de la zona y su funcionalidad. La reconstrucción a utilizar dependerá de la localización, el tamaño y la profundidad del defecto. La reconstrucción alrededor de los ojos incluye movimientos de avance, tras posición, injertos parciales, de piel total o mixtos con cartilago. La región palpebral está suficientemente vascularizada para permitir reconstrucciones complejas.

10. LÁSERES DE PIGMENTO

J.M. Miralles López

Miralles Dermatología. Palma de Mallorca. España.

Los trastornos de la pigmentación de la piel así como las pigmentaciones exógenas, los tatuajes, son motivo de consulta frecuente en el gabinete del dermatólogo. El uso adecuado de distintos dispositivos de luz, solos o combinados, en su tratamiento, va a permitir resolver de forma más o menos satisfactoria diversas entidades. Los láseres Q-switched, con pulsos de nanosegundos y elevadísima potencia, son el elemento básico en el tratamiento de pigmentaciones, si bien la versatilidad de la Luz Pulsada Intensa y los láseres fraccionados no ablativos en su papel de remodelación cutánea, van a permitir obtener unos resultados muy interesantes combinándose de forma adecuada. Estos últimos han demostrado una eficacia

cia evidente en el tratamiento de hipocromías y de los trastornos de pigmentación aparecidos como complicación de tratamiento con láseres ablativos. Finalmente, la introducción del láser de picosegundos permite que el tratamiento de eliminación de tatuajes pueda acortarse en el tiempo, así como abordar con una mayor eficacia la eliminación de colores difíciles.

11. PRESENTE Y FUTURO DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN CÁNCER CUTÁNEO

Y. Gilaberte

*Sección de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca. España.
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. España.*

La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad terapéutica bien establecida por las guías clínicas internacionales para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanocitario. No obstante, tras años de uso es bueno analizar dónde se sitúa la TFD en el presente y, lo que es más importante, cuál es su futuro. Para ello, nada mejor que analizar 4 puntos: sus fortalezas y debilidades, sus oportunidades y amenazas. Entre sus fortalezas encontramos los múltiples ensayos clínicos que avalan su uso con una máxima calidad de la evidencia en queratosis actínicas, enfermedad de Bowen y carcinomas basocelulares. Por otro lado, la experiencia que los dermatólogos hemos adquirido en TFD en estos años y que nos ha ayudado a establecer en qué pacientes y cómo utilizarlo en la práctica clínica habitual. Sin embargo, como ocurre en cualquier tratamiento anticanceroso, nos encontramos casos en los que la TFD fracasa, surgiendo entonces múltiples preguntas acerca de los posibles motivos. La profundidad o la localización de la lesión son algunas de las variables más conocidas, pero parece que puedan existir determinados marcadores moleculares o histológicos que nos permitan predecir la respuesta de un tumor a la TFD. En los últimos meses se están incorporando nuevos tratamientos no invasivos para el cáncer cutáneo no melanocitario, especialmente dirigidos a la queratosis actínica. Al ya bien conocido imiquimod se han sumado el diclofenaco, más recientemente el ingenol mebutato y próximamente reaparece un viejo conocido, el 5-fluorouracilo asociado a ácido salicílico. Todo ello puede verse como una amenaza creciente a la TFD, un procedimiento laborioso para el médico, a veces incómodo y doloroso para el paciente y con un coste no desdeñable. Sin embargo, la comercialización de un nuevo fotosensibilizante, una nanoemulsión de ácido aminolevulinico, o la posibilidad de utilizar la luz del día como fuente de iluminación, sin duda constituyen una oportunidad para reforzar y ampliar la utilización de la TFD. En conclusión, la TFD no solo tiene un importante papel en el presente del tratamiento del cáncer cutáneo no melanocitario sino que la intensa investigación existente le augura un prometedor futuro. La elección del paciente adecuado, así como del fotosensibilizante y forma de iluminación más convenientes, además de la apropiada combinación con otras terapias clásicas o emergentes para el cáncer cutáneo, permitirán optimizar su uso en el siglo XXI.

Bibliografía

- Allison RR, Moghissi K. Oncologic photodynamic therapy: clinical strategies that modulate mechanisms of action. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2013 (en prensa).
- Denis TG, et al. Combination approaches to potentiate immune response after photodynamic therapy for cancer. *Photochem Photobiol Sci.* 2011;10:782-92.

12. LIPOLISIS SIN CIRUGÍA

R. Ruiz Rodríguez

Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

Hasta hace pocos años la grasa era considerada un tejido estático con una función mecánica aislante, y sin posibilidad de producir

nuevos adipositos a partir de la pubertad. Hoy se sabe que el tejido graso es un tejido muy activo, productor de moléculas que influyen en la regulación del peso y que existe la posibilidad de producción de nuevos adipositos en la edad adulta. Hoy existe una demanda por parte del paciente de técnicas mínimamente invasivas que permitan una recuperación inmediata a la vida habitual. De hecho las técnicas de eliminación de grasa sin cirugía han aumentado en más de un 118% en los últimos 11 años. Los métodos de eliminación de grasa sin cirugía tienen todos algo en común: su limitada eficacia. La técnica que tiene más evidencia científica es la Criolipolisis, es decir, el uso del frío para eliminar grasa. Es de todos sabido que las células grasas tienen una mayor sensibilidad al frío. Científicos de Harvard diseñaron un dispositivo que consigue mantener una temperatura que dañe a los adipositos sin que se dañen el resto de las células de la piel. Con técnicas de vacío y succión se logra aislar la grasa localizada. De esta forma sin anestesia ni cirugía se logra eliminar el 20% de la grasa enfriada. El mecanismo de muerte celular es por Apoptosis. Hoy los nuevos protocolos de T2T (treatment to transformation) permiten tratar varias zonas simultáneamente y ser más eficaces en los resultados. El mayor problema en nuestro país en relación a esta técnica es la aparición de sistemas de criolipolisis "chinos" de eficacia y seguridad no contrastada que han desvirtuado la técnica. Sustancias como el ácido desoxicólico o la fosfatidilcolina se han utilizado de forma inyectada para "disolver" la grasa. Hoy en España contamos con el ácido desoxicólico que de forma inyectada logra disminuir depósitos de grasa localizada, aunque la eficacia no es muy grande. Están terminándose en EEUU estudios con el producto ATX101, que inyectado en la grasa de la papada logra disminuir esta de forma importante, produciendo una retracción del tejido, con lo que se obtiene una mejoría adicional de la flaccidez. El ATX101 contiene ácido desoxicólico. En Europa este producto lo va a distribuir Bayern. Existen otros dispositivos (radiofrecuencia, ultrasonidos, etc.) que serán revisados en la charla ya que se han comercializado como sistemas de "lipoescultura" sin cirugía, pero que no cuentan con estudios científicos serios que confirmen su eficacia a largo plazo. En resumen, la mejor técnica para eliminar grasa sin cirugía sigue siendo la liposucción quirúrgica. Los métodos no invasivos son interesantes para pacientes con grasa muy localizada que tengan expectativas realistas.

Comunicaciones

1. AFEITADO QUIRÚRGICO MÁS SESIÓN ÚNICA DE RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO NO TRIBUTARIOS A CIRUGÍA RADICAL

M. Alegre Fernández^a, J.R. Garcés Gatnau^a, J. Isern Verdu^b y L. Puig Sanz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Radioterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La cirugía del carcinoma escamoso de gran tamaño no está indicada en la mayoría de los pacientes con pluripatología y edad avanzada. La radioterapia suele ser insuficiente debido al gran espesor tumoral. Se propone la combinación de un afeitado quirúrgico de la lesión más una sesión única de radioterapia intraoperatoria para el tratamiento de estos tumores.

Material y métodos: Se incluyen 8 pacientes (7 hombres y 1 mujer) de edad media 86,5 años con carcinoma escamo confirmados histológicamente con un crecimiento exofítico del tumor no tributarios con cirugía radical. Se realiza un afeitado quirúrgico mediante anestesia local y hemostasia de la base con solución de monsel. Inmediatamente después se realiza una única sesión de radioterapia superficial del lecho tumoral. El paciente es sometido a curas tópicas con pomada antibiótica hasta la completa reepitelización de la herida.

Resultados: Los 8 casos estaban localizados en cabeza (6 en cuero cabelludo, 1 en sien izquierda y 1 en mejilla). La respuesta terapéutica ha sido muy buena en 7 casos (3 con remisión completa y 4 en proceso de reepitelización). En 1 solo caso se demostró recidiva posterior del tumor. Los efectos secundarios inmediatos son los propios de una herida quirúrgica, sin constatar un aumento del dolor. A largo plazo aparece hipopigmentación, teleangiectasias y cierta esclerosis del área tratada.

Discusión: La exéresis quirúrgica radical no está indicada en la mayoría de los pacientes con carcinoma escamoso de edad avanzada con deterioro importante del estado general. El difícil traslado de estos pacientes y el gran espesor tumoral supone un problema para la radioterapia.

Conclusiones: La combinación en un solo tiempo quirúrgico de un afeitado lesional y radioterapia única intraoperatoria supone una alternativa terapéutica eficaz y muy bien tolerada para estos pacientes.

2. EMPLEO DE RADIOTERAPIA LOCAL EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO: EXPERIENCIA CLÍNICA EN 21 PACIENTES

V. Ruiz Salas, J. Isern Verdún^b, M. Alegre Fernández^a, J.R. Garcés Gatnau^a y L. Puig Sanz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Radioterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La radioterapia local representa una modalidad terapéutica eficaz en el tratamiento del linfoma cutáneo primario localizado, ya sea en estadios iniciales o recaídas tras fracaso de terapias previas. Presentamos nuestra experiencia clínica con el uso de este tratamiento.

Material y métodos: Un total de 21 pacientes con linfoma cutáneo primario (13 linfomas B, 7 linfomas T y 1 hiperplasia angiolinfoide sobre malformación arteriovenosa) fueron tratados mediante radioterapia en nuestro centro entre marzo 2003 y abril 2012. Todos los pacientes tenían confirmación histológica tumoral. 8 pacientes habían recibido otros tratamientos previos: 4 pacientes corticoides tópicos y 4 pacientes tratamiento sistémico como rituximab, bexaroteno u otros regímenes quimioterápicos.

Resultados: El periodo medio de seguimiento fue de 54 meses (intervalo 6 m-9 a). El número medio de lesiones a tratar fue de 1,38 (intervalo 1-3) y la dosis media de radioterapia aplicada fue de 37,99 Gy (intervalo 26,97-56,45 Gy). 13 pacientes (61,9%) experimentaron recaídas tumorales, 9 de ellos fueron locales y 7 a distancia. De los 13 pacientes con recidiva, 8 recibieron nuevo tratamiento con radioterapia (media 34,26 Gy) y 5 cirugía (1 además rituximab). Actualmente, 11 pacientes (52,38%) permanecen libres de enfermedad, 2 pacientes (9,52%) permanecen con lesiones estables sin progresión y 4 pacientes presentan progresión tumoral (19,04%).

Discusión: La experiencia publicada en la literatura presenta unos datos de eficacia, recaídas y supervivencia similares a los presentados en nuestra serie de casos, siendo factores de mal pronóstico la presencia inicial de lesiones múltiples y de la variedad histológica de linfoma B difuso tipo piernas.

Conclusiones: El empleo de radioterapia local se presenta como una alternativa terapéutica adecuada en el tratamiento de determinados pacientes con linfoma cutáneo primario.

3. FACTORES CELULARES IMPLICADOS EN EL PROCESO DE RESISTENCIA A TERAPIA FOTODINÁMICA EN CARCINOMA ESCAMOSO

A. Juaranz^a, Y. Gilaberte^b, N. Salazar^a, O. Kourani^a, J. Vera Álvarez^c, M.J. Roca^b y S. González^c

^aDepartamento de Biología. Facultad de Ciencias. Universidad Autónoma de Madrid. España. ^bDepartamento de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital de San Jorge de Huesca. España. ^cDepartamento de Dermatología. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. New York. Estados Unidos.

La terapia fotodinámica (TFD) está indicada para el tratamiento de queratosis actínicas (QA) y carcinomas escamosos in situ (CE). Sin embargo, algunos pacientes con CE no responden adecuadamente a la TFD con el ácido metil-?-aminolevulinico (MAL-TFD) y las células de los tumores persistentes adquieren características histológicas menos diferenciadas, más fibroblásticas y con patrón infiltrativo. Los mecanismos por los que se produce el proceso de resistencia no son bien conocidos, por lo que un mayor conocimiento de los mismos permitiría optimizar la TFD o aplicarla en combinación con otras terapias que aseguren la erradicación del tumor. En este contexto y con el fin de determinar factores implicados en la Resistencia de CE a TFD hemos utilizado células de CE, SCC-13 (Parental) y resistentes a TFD obtenidas por tratamientos repetidos de MAL-TFD (TFD-generaciones: 5a y 10a). Los ensayos con ratones inmunosuprimidos mostraron que los tumores generados por las células resistentes eran de mayor tamaño que los inducidos por las parentales. El análisis mediante array CGH (aCGH) de ambos tipos celulares, células parentales y resistentes, reveló que ambas presentaban amplificaciones en 3p12.1, 7p11.2 y 11q13.3 donde se sitúan los genes de EFGR, CCND1 y CADM2, respectivamente. Además las células resistentes mostraron una ampliación en 5q11.2 correspondiente a MAP3K1. La ampliación de dichos genes se ha validado por western blot en la subpoblaciones celulares, parentales y resistentes y por inmunohistoquímica en biopsias de tumores persistentes tras el tratamiento con MAL-TFD. Los resultados obtenidos muestran que ocurre un incremento en la expresión de Cyclina D1, EFGR y MAP3K. Podemos concluir que alteraciones en los genes CCND1, EFGR and MAP3K1 están implicados en los procesos de resistencia a TFD.

4. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE SATELITIS Y METÁSTASIS CUTÁNEAS EN TRÁNSITO DE MELANOMA CON INTERLEUKINA 2 INTRALESIONAL

M.G. Pérez-Paredes^a, E. Samaniego^a, H. Alexander Cocunubo^a, J.M. García^b y M.A. Rodríguez-Prieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: La aparición de satelitis o metástasis en tránsito de melanoma causa una importante morbilidad, empobrece el pronóstico y a menudo supone un reto terapéutico. La IL-2 es un inmunomodulador que se ha utilizado por vía intralesional como alternativa a otros tratamientos, debido a sus escasos y leves efectos secundarios.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes (mujer de 84 y varón de 78 años) diagnosticados de melanoma lentiginoso acral (Estadios IIIC y IIB respectivamente) que desarrollaron metástasis cutáneas en tránsito. El segundo paciente había recibido varios tratamientos previos (electroquimioterapia, perfusión hipertérmica, imiquimod tópico) con respuesta inicial parcial y posterior progresión. En ambos casos se decidió la administración de una solución acuosa de

IL-2 humana recombinante Proleukin® intralesional según una pauta descrita por otros autores. Se realizó seguimiento y monitorización: exploración física, iconografía, analítica, biopsia, estudio inmunológico, ECG y pruebas de imagen. En la primera paciente se inyectaron 9 lesiones pigmentadas dérmicas de 5-8 mm. La respuesta fue del 100% y falleció por otra causa, tras 16 meses libre de enfermedad. En el segundo paciente se inyectaron varias lesiones superficiales amelanóticas de 2-5 mm con invasión vascular histológica así como una metástasis subcutánea. Se obtuvo una pobre respuesta tanto en las lesiones superficiales como en la profunda con posterior progresión y desarrollo de metástasis viscerales. El tratamiento fue bien tolerado por ambos pacientes.

Conclusiones: En las series publicadas, tanto las tasas de respuesta como las pautas son dispares y pocos estudios evalúan la respuesta inmune antitumoral. Los factores predictores de mala respuesta descritos son: el tamaño de las lesiones (→ 2 cm), la localización histológica subcutánea y el estadio IV. La diferencia de respuesta en nuestros dos pacientes nos hace plantearnos la existencia de otras características clínicas (lesiones amelanóticas) o histológicas (invasión vascular) que pudieran relacionarse con una menor sensibilidad al tratamiento.

5. REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LAS METÁSTASIS CUTÁNEAS

E. Herrera Acosta, J. Suárez, J.L. Bernarbó, J.A. González Saavedra y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Una metástasis cutánea es el resultado de la infiltración de la piel por un proceso neoplásico maligno, cutáneo o extracutáneo, situado a distancia de donde aparece el proceso metastático. En teoría cualquier neoplasia maligna puede extenderse a la piel. Sin embargo, en la práctica se ha comprobado que existe una relación directa entre la frecuencia de los distintos tumores malignos y el origen de las metástasis cutáneas. En otras palabras, los tumores malignos más frecuentes en cada sexo son los que producen metástasis cutáneas con mayor frecuencia, y por ello el cáncer de mama en la mujer, el de pulmón en el varón y los adenocarcinomas digestivos en ambos sexos son el origen más frecuente de las metástasis cutáneas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 130 metástasis cutáneas que han sido vistas en nuestro Servicio durante 20 años (1990-2010). Las variables analizadas en esta revisión han sido: tumor primitivo, sexo, edad, tiempo de aparición del tumor primario y de la metástasis, formas clínicas y localización anatómica.

Resultados: La metástasis más frecuente ocurrió a partir del cáncer de mama, independientemente del sexo, siendo el melanoma el más frecuente en hombres y el de mama en mujeres. También se presentan resultados en relación a la edad, localización, tiempo de aparición media y pronóstico.

6. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA DE ALTA FRECUENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CARCINOMA BASOCELULAR. ESTUDIO PRELIMINAR

C. Hernández Ibáñez^a, M. Aguilar-Bernier^a, R. Fúnez Liebana^b, L. Padilla España^a, J. del Boz^a, T. Fernández Morano^a, N. Blázquez Sánchez^a y M. de Troya Martín^a

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

Introducción y objetivos: La ecografía cutánea de alta frecuencia (ECAAF) es una técnica diagnóstica aun en vías de investigación. Recientes publicaciones se han centrado en el estudio del carcinoma basocelular (CBC), especialmente en la estimación del tamaño tumoral y delimitación de márgenes prequirúrgicos con resultados

alentadores. El objetivo del presente trabajo fue determinar la utilidad de la ECAAF en la identificación de invasividad del CBC.

Metodología: Estudio prospectivo. Se analizaron ecográficamente los casos de CBC recurrentes tras tratamiento con métodos no quirúrgicos (previamente al tratamiento habían sido diagnosticados por biopsia-punch como superficiales) atendidos en la consulta de dermatología del Hospital Costa del Sol entre septiembre 2012 y mayo 2013. Se utilizó un ecógrafo cutáneo de alta frecuencia - 20 Mhz - (Dermascan CR). Se compararon los resultados obtenidos mediante ECAAF, biopsia-punch y biopsia escisional en relación a la presencia o ausencia de infiltración.

Resultados: Se incluyeron 8 casos. El punch clasificó incorrectamente 4 casos (50%), catalogando como CBC superficiales a CBC infiltrativos en la biopsia escisional. La ECAAF fue capaz de detectar infiltración en 3 de los 4 casos mal clasificados por la biopsia punch (75%).

Discusión y conclusiones: Entre los distintos factores de recurrencia al tratamiento no quirúrgico de los CBC superficiales se encuentra una mala catalogación del subtipo histológico mediante biopsia. La biopsia-punch abarca solo una parte de la lesión pudiendo pasar por alto áreas tumorales con componente agresivo que serían responsables de la falta de respuesta terapéutica a tratamientos no quirúrgicos. La ECAAF podría ser de ayuda en la diferenciación entre patrones invasivos de no invasivos de CBC y por tanto al correcto manejo de estos tumores en la práctica clínica.

7. MICOSIS FUNGOIDE GRANULOMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO CON TRANSFORMACIÓN A LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES CD30+

A. López Gómez^a, T. Salas García^a, A. Ramírez Andreo^a, J. Hernández Gil Sánchez^a, A. Martínez Díaz^b y C. Brufau Redondo^a

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

Introducción: La micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sezary (SS) son linfomas cutáneos caracterizados por una proliferación de linfocitos T de pequeño o mediano tamaño. Presentamos un raro caso de MF granulomatosa que en su inicio simuló un granuloma anular (GA) y que posteriormente sufrió transformación a linfoma de células grandes (LCG) CD30+.

Caso clínico: Varón de 58 años que consulta por lesiones cutáneas pruriginosas localizadas en muslo derecho, de un año de evolución, con curso fluctuante. A la exploración presenta múltiples pápulas cupuliformes violáceas, infiltradas, firmes al tacto, con escamocostrosa superficial, agrupadas en cara externa de muslo derecho. Otras similares en menor número en pierna derecha, tronco y brazo derecho. Se realiza biopsia cutánea en la que se observan granulomas necrobióticos con eosinofilia tipo GA. Diagnosticamos al paciente de GA papular y tratamos con hidroxicloloquina, sin cambiar el curso de las lesiones, apareciendo otras más nodulares, en la misma localización, tomando nueva biopsia y observando un extenso infiltrado linfoide CD30 positivo compuesto por células grandes atípicas y células pequeñas con núcleo indentado y ocasionales figuras de mitosis, con epidermotropismo. Diagnosticamos al paciente de MF en fase de transformación a LCG y realizamos estudio de extensión que fue negativo.

Discusión: La MF granulomatosa es un raro subtipo histológico de MF, con una presentación clínica variable, que se caracteriza por un infiltrado granulomatoso tipo sarcoideo o tipo GA, que puede enmascarar los linfocitos atípicos, como ocurrió en nuestro caso. Algunos pacientes con MF/SS, sobre todo en estadios tumorales, desarrollan una transformación a LCG, aceptándose esta cuando las células grandes superan el 25% del infiltrado o forman micromódulos. Tanto la MF granulomatosa como aquella que sufre transformación a LCG tienen peor pronóstico con respecto a la variante clásica, y ambas condiciones coexisten en nuestro paciente, que actualmente no presenta afectación sistémica.

8. IMPORTANCIA DEL NÚMERO DE CARCINOMAS BASOCELULARES EN EL RIESGO DE PRESENTAR SUCESIVAS LESIONES. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.J. Domínguez Cruz, J. Quintana del Olmo, J.J. Pereyra Rodríguez, J. Bernabeu Wittel, R. Corbi Llopis y J. Conejo Mir

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

Introducción: El seguimiento de los pacientes con carcinoma basocelular (CB) tiene principalmente dos objetivos: la detección de recidivas locales y la identificación precoz de sucesivos CCNM. Si bien la presencia de recidivas locales se relaciona con la técnica terapéutica empleada, la principal variable relacionada con la presencia de sucesivos CBs parece ser el número de CBs previos.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo de casos y controles para la identificación del riesgo de presentar sucesivos CBs en función del número de CBs previos y cronología con la que se presentan con análisis de supervivencia libre de sucesivo tumor mediante modelo de Kaplan-Meier.

Casos: Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de dos CBs.

Controles: Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de un primer y único CB. Se incluyeron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión atendidos sucesivamente desde el 1 de enero de 2008 al 31 de julio de 2008 en las consultas de Dermatología del centro de Especialidades Virgen de los Reyes y de la consulta de Oncología Cutánea del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Los pacientes fueron seguidos durante 5 años desde su inclusión.

Resultados: Se incluyeron 82 casos y 82 controles. En el grupo control se incluyeron, de manera estadísticamente significativa, un mayor grupo de mujeres (52,4% vs 34,1%; $p < 0,05$). La edad media de las casos fueron 66,4 \rightarrow 11,5 años frente a los 70,3 \pm 14,4 años de los controles ($p = 0,09$). Los pacientes con dos CBs, casos, presentaron con mayor frecuencia un nuevo CB que los pacientes con un único CB (36,6% vs 14,6%; $p = 0,002$). Además, los casos presentaron un mayor riesgo de presentar sucesivos CBs durante los 2 primeros años de seguimiento que los controles (densidad de probabilidad de 0,012-0,014 vs 0,003-0,004).

Discusión: Los protocolos de seguimiento de los pacientes con CB deberían tener como un factor fundamental el número de CBs previos.

9. SEGUNDAS NEOPLASIAS EN PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO

M.E. Gómez Sánchez, M.L. Martínez Martínez, M.T. López Villaescusa, C. Faura Berruga y J.M. Azaña Defez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: El melanoma cutáneo constituye uno de los tumores cutáneos más agresivos y su incidencia y mortalidad están en aumento. El principal factor de riesgo implicado en su patogenia es la exposición solar en pacientes predispuestos genéticamente. Numerosos estudios hasta ahora han demostrado además el papel de diversos genes en su desarrollo, los cuales también pueden estar implicados en la aparición de otras neoplasias. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de los pacientes con melanoma cutáneo de nuestro hospital que presentaron segundas neoplasias.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos de Anatomía Patológica de nuestro hospital de los pacientes con melanoma cutáneo en todas sus variedades histológicas durante los últimos 20 años (desde el año 1993 hasta el 2013). Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que habían presentado neoplasias

previas o posteriores al diagnóstico de melanoma, confirmadas histológicamente, excluyendo el cáncer de piel no melanoma.

Resultados: Se obtuvieron un total de 772 pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo. De ellos, 97 pacientes (12,56%), 39 mujeres (40,2%) y 58 hombres (59,8%) habían presentado segundas neoplasias. La edad media de los pacientes fue de 67,24 (DE \pm 15,71). Un 28,86% presentó un melanoma in situ, 69,07% un melanoma invasivo y en dos pacientes no se especificaron más datos. Del total de 105 segundas neoplasias encontradas, 35 fueron previas al diagnóstico de melanoma (33,3%) y 70 fueron posteriores (66,6%).

Conclusiones: En nuestro estudio se observó que la aparición de segundas neoplasias ocurría con una mayor frecuencia en pacientes con melanoma invasivo, así como un mayor número de neoplasias posteriores al diagnóstico de melanoma con respecto a la aparición de neoplasias previas, al igual que se describe en la literatura previa.

10. IMPACTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO EN LA VIDA Y LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE: UN CUESTIONARIO ENTRE DERMATÓLOGOS EN ESPAÑA

M. de Troya Martín^a, T. Alonso Alonso^b, I. Longo Imedio^c, O. Sanmartín Jiménez^d y S. Puig Sardà^e

^aServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Málaga. España. ^bServicio de Dermatología. CH de León. España. ^cServicio de Dermatología. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España. ^dServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^eServicio de Dermatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

Introducción: El Carcinoma Basocelular (CBC) puede progresar a formas más severas y difíciles de manejar: CBC localmente avanzados (CBC-la), es decir tumores inoperables o con más de dos recurrencias en el mismo sitio o en los que siendo posible la cirugía las consecuencias son una importante deformidad o morbilidad asociada. Apenas esta descrito cómo el CBC-la y su actual tratamiento afecta a las actividades diarias, relaciones familiares y sociales, psicológicamente, y funcionalmente a los pacientes. Por ello se ha realizado un cuestionario que evalúa estos aspectos desde la percepción del médico.

Material y métodos: Entre mayo-junio 2013, 80 dermatólogos españoles especialistas en CBC contestaron un cuestionario on-line elaborado con asesoría de un comité de expertos (5 dermatólogos y 1 oncólogo). Las preguntas de frecuencia se valoraron de 0 a 100% y las preguntas de impacto o gravedad de las complicaciones de 1 (ningún impacto/muy leve) a 9 (máximo impacto/muy grave). Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Las dificultades más frecuentes debidas a la patología ($n = 80$) fueron: perjuicio ocasionado por la propia enfermedad (ej. dolor, hemorragia, ulceraciones) (69%), deformidades físicas (65%), incremento de las necesidades de atención sanitaria (63%), percepción de rechazo externo (54%) y síntomas depresivos y de ansiedad (50%). Si la cirugía convencional o de Mohs fuese posible, las complicaciones más frecuentes son: deformidades o cicatrices deformantes (48%), no obtención de márgenes libres (40%), incremento de la dependencia familiar o del sistema sanitario (37%), mutilaciones (36%) y pérdida de funcionalidad del paciente (35%). En el caso de aplicar radioterapia destaca sobre todo la dificultad de rescate quirúrgico tras una recaída (53%).

Conclusiones: Por primera vez se describe cómo el CBC-la impacta negativamente en los pacientes españoles desde la perspectiva del clínico y debería confirmarse prospectivamente en cuestionarios de calidad de vida específicos y validados dirigidos al paciente.

11. SCREENING DE CÁNCER DE PIEL EN CENTROS DE SALUD DEL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL

M. Aguilar Bernier, N. Delgado Sánchez, G. Ortega Tudela, N. Blázquez Sánchez, I. Fernández Canedo, F. Rivas Ruiz y M. de Troya Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga. España.

Introducción: El servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol desarrolla en colaboración con el Distrito de Atención Primaria una Campaña de Fotoprotección y Prevención del Cáncer de Piel con la finalidad de reducir la incidencia y morbimortalidad por cáncer de piel en la Costa del Sol Occidental.

Objetivo: Evaluar los resultados del programa de screening de cáncer de piel llevado a cabo el verano del 2012 en los Centros de Salud del Distrito Sanitario Costa del Sol.

Métodos: Durante el verano de 2012, se llevaron a cabo 6 jornadas de screening de cáncer de piel en 6 centros de salud de la Costa del Sol Occidental. 580 personas fueron seleccionadas por médicos de Atención Primaria -previamente instruidos en el diagnóstico precoz del cáncer de piel- en base a criterios de riesgo completaron un cuestionario sobre factores de riesgo y hábitos de fotoprotección y fueron examinados con dermatoscopia, recibiendo asesoramiento personalizado, folletos educativos y fotoprotectores. Las personas con lesiones sospechosas fueron remitidas al servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol realizándose biopsia confirmatoria. **Resultados:** La mayoría de las personas evaluadas fueron mujeres (57,2%). La media de edad fue de 50 años. El 56,8% tenía fototipo I/II. 18,5% fueron remitidos a Dermatología para estudio y tratamiento por presencia de queratosis actínicas 10,5% presentaron queratosis actínicas, 17,4% nevus atípicos, 1,7% sospecha de melanoma, 5,9% sospecha de carcinoma. 21 casos fueron confirmados histológicamente (5 melanomas y 12 carcinomas).

Conclusiones: Los médicos de familia constituyen una pieza clave para impulsar el diagnóstico precoz del cáncer de piel y hábitos saludables de fotoprotección en la comunidad. La formación específica de estos profesionales y el diseño de una estrategia coordinada con los servicios de Dermatología garantiza la optimización de resultados facilitando la selección de población diana e identificación de lesiones de riesgo.

12. ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SEGUNDO MELANOMA

I. Fernández Canedo, F. Rivas Ruiz, N. Blázquez Sánchez y M. de Troya Martín

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Málaga. España.

Introducción: Existen pocos datos sobre la incidencia de melanoma primario múltiple y sus factores de riesgo en nuestro ámbito.

Objetivo: Describir la incidencia de segundos melanomas y explorar sus posibles factores de riesgo en los pacientes atendidos en la Unidad de Melanoma del Hospital Costa del Sol.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes con melanoma cutáneo primario diagnosticados durante el periodo 2002-2011. Se analizan las características epidemiológicas y clinicopatológicas, realizándose un análisis bivariado segmentando por grupos la presencia o ausencia de melanoma múltiple.

Resultados: De un total de 421 pacientes, 31 (7,4%) presentaron segundos melanomas (16 varones, 14 mujeres, edad media de 56 años). La media del espesor tumoral del primer melanoma fue de 0,8 mm y la del segundo de 0,3 mm, siendo el 64,5% de estos segundos melanomas lesiones in situ. Un 22,5% de los segundos melanomas se diagnosticaron de forma sincrona y un 35,4% durante los dos primeros años. Se hallaron diferencias significativas en relación al

país de origen (Centro y Norte de Europa 58,1% vs 20,6% p 0,00), el fototipo I (25,8% vs 13,1% p 0,024), la exposición solar recreativa (93,1% vs 72,2% p 0,025), los antecedentes familiares de melanoma (16,7% vs 4% p 0,01) y la asociación de un cáncer de piel no melanoma (45,2% vs 21,2% p 0,005).

Conclusiones: La incidencia de segundos melanomas en nuestra población de estudio fue marcadamente superior a la de otras series del ámbito nacional. El origen norte y centroeuropeo, el fototipo I, la exposición solar recreativa, los antecedentes familiares de melanoma y la asociación de otro tipo de cáncer cutáneo fueron factores de riesgo de esta condición. Conocer estas características nos permite identificar subgrupos de riesgo que requieren un seguimiento más estrecho aun si cabe.

13. RECONSTRUCCIÓN DE LA CEJA CON INJERTO MIXTO DE PIEL Y CEJA CONTRALATERAL

V. Garza Rodríguez, J. Ramón Garcés, M. Alegre Fernández, V. Ruiz Salas y L. Puig

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

Introducción: Las cejas juegan un papel importante en reflejar las emociones. La pérdida parcial o completa de una ceja produce alteraciones en la expresión facial y la apariencia. La reconstrucción de la ceja debe mantener la simetría evitando la presencia de muescas, elevación o ptosis.

Caso clínico: Varón de 71 años con carcinoma basocelular recurrente en ceja izquierda. Posterior a cirugía de Mohs con 2 etapas y márgenes negativos, presenta un defecto de 3,5 x 2,8 cm que involucra la zona central y lateral de la ceja y una porción de la frente. Se decide cierre por segunda intención dejando un área alopecica cicatricial. Después de 2 meses se procede a la reconstrucción con injerto mixto de piel y ceja contralateral realizando rotación de 180° del mismo para reorientar la dirección del pelo con la del área a reconstruir. El área donante se sutura con cierre directo. El injerto presentó efluvio telógeno a las 4 semanas con repoblación del pelo a las 12 semanas, manteniendo igual ritmo de crecimiento que la ceja contralateral.

Discusión: Las alopecias cicatriciales de la ceja pueden reconstruirse con injertos retroauriculares o de cuero cabelludo complementando con microinjertos foliculares. Con este tipo de defectos, el reto es mantener la simetría y preservar la dirección del crecimiento del pelo de la ceja. El injerto mixto de piel y ceja contralateral es una alternativa que ofrece la ventaja de no recortar los pelos de la ceja cada 10-14 días, como ocurre con los injertos previamente descritos. Sin embargo este tipo de injerto precisa de un área donante amplia y poblada.

14. COLGAJO EN ISLA DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL LABIO SUPERIOR

I. Bernad Alonso, A. Giménez de Azcárate Trivez, I. Irarrazabal Armendáriz, J.M. Lera Imbuluzqueta, M. Ivars Lleo y P. Redondo Bellón

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

Introducción: El colgajo en isla subcutáneo es un colgajo de avance que consiste en el diseño de una isla cutánea, vascularizada por el pedículo subcutáneo subyacente, que se desliza para cubrir el defecto adyacente. Se utiliza para la reconstrucción de defectos locales de distintas localizaciones del cuerpo.

Casos clínicos: Presentamos seis pacientes con grandes defectos cutáneos en labio superior secundarios a la extirpación de lesiones tumorales, que fueron reconstruidos con colgajos en isla de pedículo subcutáneo. Se describe el diseño, las características y las ven-

tajas del colgajo en esta localización y se ilustran, mediante iconografía seriada, cada uno de los pacientes.

Discusión: El colgajo en isla de pedículo subcutáneo es una excelente solución para la reconstrucción de defectos del labio superior, sobre todo para lesiones extensas cercanas a la línea media. Una de las claves es esconder la cicatriz inferior en la unión de la piel con el bermellón. La cicatriz superior se esconde en el surco nasolabial y únicamente queda una cicatriz vertical más visible en el labio superior donde estaba la lesión. Los resultados cosméticos obtenidos con esta técnica son muy satisfactorios, incluso en defectos de gran tamaño.

15. COLGAJO DE TRANSPOSICIÓN NASOLABIAL PARA DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DEL ALA NASAL

R. Salido Vallejo, G. Garnacho Saucedo, A.M. Rodríguez Martín, A. Vélez García Nieto y J.C. Moreno Giménez

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

Introducción: La reparación de defectos de espesor total del ala nasal puede representar un reto para el cirujano dermatológico. La obtención de buenos resultados funcionales y estéticos va a depender fundamentalmente de una buena elección de la técnica reconstructiva, así como de su cuidadosa ejecución.

Caso clínico: Mujer de 65 años que acude a consulta por recidiva de carcinoma basocelular infiltrante en ala nasal tras tratamiento inadecuado en cirugía menor ambulatoria. Se extirpó la lesión con estudio histológico tridimensional de la pieza, necesitando dos ampliaciones hasta la negativización de los bordes quirúrgicos. Finalmente se obtuvo un defecto de espesor total del ala nasal y parte de la cara lateral de la pirámide nasal y surco nasolabial. Se realizó un colgajo de transposición nasolabial asociado a un injerto de cartilago procedente de antehelix. Nueve meses tras la intervención, la paciente permanece sin signos de recidiva y con un buen resultado funcional y estético.

Discusión: Dentro de las posibilidades reconstructivas para defectos de espesor total del ala nasal, el colgajo de transposición nasolabial combinado con injerto de cartilago auricular es una técnica segura y eficaz. Permite una mayor viabilidad que los colgajos en isla tunelizados y tiene la ventaja con respecto a otras técnicas como el colgajo mediofrontal de realizarse en un solo tiempo quirúrgico. Dentro de las secuelas post-quirúrgicas más frecuentes se encuentran la pérdida del surco alar y el abultamiento del colgajo en el pedículo del colgajo. Estas situaciones se pueden minimizar combinando una conducta expectante, la infiltración local de corticoides y mediante pequeñas correcciones quirúrgicas. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

16. VALOR ADICIONAL DEL MAPEO PREQUIRÚRGICO CON SPECT/CT EN LA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN MELANOMAS DE CABEZA Y CUELLO

A. Bennassar Vicens, S. Vidal Sicart y A. Vilalta Solsona

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Introducción: El mapeo prequirúrgico mediante técnicas isotópicas es fundamental en la localización del ganglio centinela (GC) en el melanoma en general y muy especialmente en los de cabeza y cuello. El valor adicional del SPET/CT (single photon emission computed tomography with CT) sobre la linfogammagrafía planar (LGP) convencional en la detección y localización del GC en melanomas de cabeza y cuello ha sido reportada en la literatura médica.

Métodos: Se reclutaron treinta y siete pacientes con melanoma de cabeza y cuello tributarios de biopsia selectiva de GC de un mismo centro a los que se les realizó LGP seguida del SPET/CT. Se recogieron y analizaron datos epidemiológicos, localización anatómica del tumor y de los GGCC, número de ganglios detectados mediante

cada una de las técnicas, abordaje quirúrgico y número de recidivas nodales.

Resultados: Mediante LGP se visualizaron una media de 2,75 GC por paciente (rango 1-9). El SPECT/CT detectó GC adicionales (media de 3,2 por paciente) en el 35% de los pacientes así como mostró con claridad la localización anatómica de todos los GC y su relación con las estructuras circundantes. El abordaje quirúrgico se modificó basado en la información obtenida de las imágenes del SPECT/CT en el 70% de los pacientes debido a una mejor localización anatómica y a los GC adicionales que se localizaron mediante dicha técnica. **Conclusiones:** El SPECT/CT detecta más GC que la LGP convencional y permite visualizar su localización anatómica exacta, mejorando tanto el mapeo prequirúrgico como el abordaje quirúrgico. Se recomienda la realización del SPECT/CT de rutina en la planificación de la cirugía del GC en melanomas de cabeza y cuello.

17. DOBLE COLGAJO EN ISLA CUTÁNEO-MUCOSO PARA DEFECTOS QUIRÚRGICOS COMBINADOS DE LA BASE DEL FILTRUM Y ÁREA SUPERIOR CENTRAL DEL BERMELLÓN

V. Ruiz Salas, J.R. Garcés Gatnau, M. Alegre Fernández y L. Puig Sanz

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

Introducción: El labio superior y concretamente el filtrum es una de las unidades cosméticas faciales más complejas; el filtrum y el arco de Cupido son áreas que otorgan la particular configuración y estética del labio superior y se trata de una zona de elevada movilidad. A la hora de reconstruir este tipo de defectos nos tenemos que fijar los siguientes objetivos: realización de una cirugía oncológica curativa; restaurar la integridad anatómica, estética y funcional del labio superior: evitar la distorsión o mantener la integridad anatómica de la barrera cutáneo-bermellón, del área del arco de Cupido, evitar el eclabium y evitar la complicación del "trapdooring"; minimizar las posibles complicaciones postquirúrgicas como alteraciones de sensibilidad local, complicaciones relacionadas con la cicatriz (valorar localización dirección y sentido de la misma) al ser una región muy visible.

Casos clínicos: Presentamos 4 casos de pacientes con defectos quirúrgicos tras cirugía de Mohs involucran 2 unidades cosméticas labiales superiores como son el filtrum y bermellón (concretamente la base de filtrum o arco de Cupido y la zona central del bermellón). Los 4 defectos presentados son bastante similares en tamaño y localización y abarcan 1/3 o menos de la unidad anatómica labial superior (defectos de mediano tamaño). La reconstrucción quirúrgica en los 4 casos se realizó mediante un doble colgajo en isla cutáneo-mucoso realizando la línea de sutura en la línea del bermellón sin alterar la cosmética de la base del filtrum y arco de Cupido, con buenos resultados funcionales y cosméticos.

Discusión: Existen varias modalidades de reconstrucción quirúrgica de este tipo de defectos, sin embargo la técnica de la realización del doble colgajo en isla cutáneo-mucoso está pobremente descrita e ilustrada en la literatura. Presentamos 4 casos ilustrados de realización de esta técnica con buenos resultados cosméticos y funcionales.

18. DFSP EN CUERO CABELLUDO. DOS CASOS: EXTIRPACIÓN CON CONTROL HISTOLÓGICO 3D Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MUSCULAR TEMPORAL

P. Lloret Luna, A. Martínez Torres, L. García Monteón, M.F. Sánchez de la Fuente y A. Adela Ramírez

Hospital del Vinalopó. Elche. Alicante. España.

Introducción: El Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) es una neoplasia de tejidos blandos con comportamiento localmente agre-

sivo, asociado a una elevada recurrencia. La incidencia en EEUU es de 0,8 a 4,5 casos por millón de habitantes. La localización en cabeza y cuello ocurre en un 14% de los casos, siendo en cuero cabelludo únicamente en un 5%. Presentamos 2 casos de DFSP en cuero cabelludo y discutimos su manejo, incluyendo las opciones de reconstrucción quirúrgica avanzada.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 49 años con lesión excrecente de coloración rojo-violácea de 3 cm de diámetro y 1,5 cm de altura en región parietal derecha de 1,5 años de evolución, con crecimiento progresivo y dolor al tacto. Tras realizar biopsia con diagnóstico de DFSP se procede a extirpación con margen de 3 cm y estudio histológico 3D. Reconstrucción mediante injerto de piel parcial. No signos de recidiva tras 3 años de seguimiento. Caso 2: paciente mujer de 29 años con lesión nodular blanda de 3 cm en región frontoparietal derecha de 5 meses de evolución. Tras biopsia diagnóstica de DFSP se procede a extirpación con margen de 3 cm e intervención con estudio histológico 3D de márgenes. Se llevan a cabo 4 intervenciones debido a positividad de márgenes estudiados. Para la reconstrucción definitiva se realiza levantamiento de colgajo miofascial temporal izquierdo, desdoblamiento en colgajo fascial superficial y colgajo muscular para cerrar parcialmente en abanico el defecto fascial existente. Colocación de prótesis de fosa temporal. Drills e injerto cutáneo parcial en zona restante. No se evidencian signos de recidiva pasados 3 años.

Conclusiones: El tratamiento del DFSP en cuero cabelludo constituye un reto terapéutico para el dermatólogo. La cirugía con control histológico 3D de márgenes y las opciones avanzadas como el colgajo de musculo temporal pueden constituir una forma de manejo apropiada.

19. RECONSTRUCCIÓN DE LOS DEFECTOS QUIRÚRGICOS DEL DORSO-PUNTA NASAL MEDIANTE COLGAJO DOBLE J: SERIE DE 18 CASOS

J. Bosco Repiso-Jiménez, J.M. Segura Palacios, M.I. Fernández Canedo, N. Blázquez Sánchez y M. de Troya Martín
Área de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: La reconstrucción de los defectos quirúrgicos de la pirámide nasal, ya sea tras la cirugía estándar o micrográfica, es un reto importante para el dermatólogo.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los pacientes intervenidos por cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) del dorso-punta nasal y reconstruidos mediante colgajo doble J entre noviembre de 2010 y junio de 2013. Las variables estudiadas incluyeron edad, sexo, riesgo cardiovascular, diagnóstico de la neoplasia, técnica quirúrgica, tamaño del defecto, complicaciones y resultados cosméticos valorados por el paciente y por un dermatólogo independiente.

Resultados: Un total de 18 pacientes (8 varones y 10 mujeres) con una media de edad de 73 años fueron intervenidos por CCNM (17 carcinomas basocelulares y 1 espinocelular) del dorso-punta nasal y reconstruidos mediante colgajo en doble J. La media de los defectos tras la extirpación convencional o tras cirugía micrográfica fue de 15 mm. No se produjeron complicaciones importantes. Los resultados estéticos se consideraron muy satisfactorios.

Discusión: El colgajo doble J, también denominado colgajo de avance bilateral o colgajo nasal modificado bilateral, es una opción reconstructiva óptima para defectos de hasta 1,5 cm del dorso-punta nasal. En la ejecución de esta reparación, el defecto es conceptualizado como la superposición de dos J que avanzan de forma paralela a nivel de los surcos alares desde los laterales nasales. Ambos colgajos son iguales en tamaño y ángulo, de forma tal que no se produce torsión de la punta nasal. Con respecto al colgajo paramediofrontal, de elección en defectos de este tamaño en esta localización, posee la ventaja de que se realiza en un único acto quirúrgico y utiliza piel de la propia pirámide nasal.

Conclusiones: El colgajo en doble J es de fácil diseño y supone una buena alternativa para defectos en torno a 1,5 cm centrados en la región del dorso-punta nasal.

20. CARCINOMA BASOCELULAR DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN. UNA LOCALIZACIÓN DE ALTO RIESGO

N. Blázquez Sánchez, M. Troya Martín, M.T. Fernández Morano y M. Aguilar Bernier

Servicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

El complejo areola-pezones es una localización altamente infrecuente para el carcinoma basocelular, únicamente habiéndose publicado hasta la fecha 40 casos¹. Sin embargo, debido a las peculiaridades anatómicas de la zona, en esta localización presenta una mayor agresividad, con mayor capacidad de metastatizar (de hasta 9,15% de los casos) y una mayor mortalidad (3,0% de los casos)². Todo ello conlleva, por tanto, un manejo diagnóstico y terapéutico más agresivo, que con frecuencia asocia reconstrucciones quirúrgicas complejas. Presentamos el caso de un varón de 60 años, sin antecedentes de interés, que consulta por lesión tumoral de 3 años evolución en pezón izquierdo. A la exploración, se evidenciaba lesión tumoral xerofítica de 2 cm, pigmentada, de consistencia blanda y con superficie cubierta de costra. Confirmado el diagnóstico de carcinoma basocelular, se descartó afectación locorregional mediante pruebas de imagen (ecografía de cadenas ganglionares, mamografía). Se realizó exéresis del tumor mediante cirugía con control de márgenes en diferido y reconstrucción del defecto mediante injerto compuesto. La biopsia selectiva de ganglio centinela fue negativa para células malignas. Tras 10 meses de seguimiento, no se han detectado recurrencias. Se analiza el caso expuesto y revisa la literatura sobre esta entidad, analizando las peculiaridades sobre su naturaleza y pronóstico, así como las implicaciones diagnósticas y terapéuticas que conlleva.

Bibliografía

1. Jung HJ, Jun JH, Kim HY, et al. Pigmented basal cell carcinoma of the nipple-areola complex in elderly woman. *Ann Dermatol.* 2011;23:201-4.
2. Ferguson MS, Nouraei SAR, Davies BJH, Malean NR. Basal cell carcinoma of the nipple-areola complex. *Dermatol Surg.* 2009;35:1771-5.

21. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS FACIAL. UN RETO QUIRÚRGICO

J. González Castro, F. Cuellar, M.A. Martínez Lanao, F. Tresserra Casas y A. Vilalta-Solsona

IDERMA. Hospital Quirón-Dexeus. Barcelona. España.

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de partes blandas, muy poco frecuente, que se caracteriza por una elevada capacidad de destrucción local y por un crecimiento infiltrativo, aunque lento, muy micro-invasivo y disgregado. Excepcionalmente puede producir metástasis a distancia, pero en un porcentaje elevado de casos, sufre transformaciones sarcomatosas, comportando aumento de su agresividad biológica. Dadas estas características, si no se extirpa adecuadamente, con frecuencia se observa la recidiva del tumor. Las recurrencias múltiples pueden desencadenar un aumento de la agresividad del tumor por lo que es de suma importancia conseguir la resección completa de la lesión en el primer acto quirúrgico. La principal controversia actual sobre este tumor gira en torno a la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento. Las opciones son: cirugía convencional o cirugía micrográfica de Mohs. Cada una de ellas presenta fortalezas y debilidades. Los factores que se deben tener en cuenta para seleccionar el tratamiento quirúrgico y los márgenes adecuados son el tamaño del tumor y la localización. La cirugía convencional con márgenes amplios de 3 cm no es factible en todos

los pacientes ya que condicionan resecciones excesivas que ocasionan grandes defectos de difícil reparación y secuelas importantes al paciente. Presentamos el caso de una mujer de 45 años, fumadora importante, afecta de un DFSP de 3 cm de diámetro a la palpación, localizado en la región maxilar derecha de la cara. Se trata de un caso crítico para realizar grandes márgenes de seguridad y se requiere una resección precisa orientada a no perder piel sana para lograr menores defectos finales. Sin necesidad de reducción previa a la extirpación quirúrgica con Imatinib mesilato, se propone exéresis tridimensional con 1 cm de margen de piel, tejido subcutáneo, fascia y tejido muscular hasta hueso, con preservación de las estructuras nerviosas subyacentes. En este primer estadio se procede a la aproximación forzada de los bordes sin pretender el cierre total del defecto y con el material obtenido se remite para estudio en parafina anatomopatológico e inmunohistopatológico de los márgenes. Tras obtener resultado negativo de presencia de tumor, se procede al cierre del defecto mediante un colgajo de avance-rotación de la región preauricular. Esta técnica le ha ofrecido a esta paciente la curación de su enfermedad hasta la fecha.

22. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONDILOMAS ACUMINADOS DE GRAN TAMAÑO QUE REQUIEREN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

G. Pérez Cabello^a, R. Bosch García^a, V. Flores Secilla^a, E. Gallego Domínguez^b, N. López Navarro^a y E. Herrera Ceballos^a

^aUGC Dermatología y Venereología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción y objetivo: En los últimos años ha llamado la atención en nuestro servicio el elevado número de pacientes con condilomas acuminados (CA), que por su tamaño y extensión han requerido tratamiento quirúrgico (láser CO₂ y/o electrocoagulación), bajo raquianestesia o anestesia local más sedación. Nos hemos planteado por ello si existían diferencias entre estos y los casos con lesiones menores tratados por otros sistemas.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo que incluye 36 de los 59 pacientes con la información completa tratados por CA de gran tamaño en quirófano de cirugía mayor ambulatoria en un periodo de dos años (marzo 2011 a marzo de 2013), comparándolos con un número similar de casos de CA de menor tamaño tratados con medidas menores (cáusticos, crioterapia, inmunomoduladores, etc.) en el mismo tiempo. Los datos estudiados en ambos grupos incluyen sexo, edad, presencia o no de inmunosupresión, tamaño y localización de las lesiones, tiempo de evolución, tratamientos previos recibidos y genotipos de alto o bajo riesgo detectados.

Conclusiones: Los resultados demuestran que es difícil predecir la evolución a formas extensas de CA por infección genital por el virus del papiloma humano en función de los citados datos. Son muchos los factores que influyen en la misma, tanto dependientes del propio virus como de las condiciones locales y generales del paciente. Si es de destacar, sin embargo, la importancia para su buena evolución de la consulta precoz, la realización correcta de los tratamientos indicados y la realización de un correcto seguimiento de los pacientes.

23. EXÉRESIS TUMORAL Y RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR CON UN COLGAJO DE FRICKE MODIFICADO EN COMBINACIÓN CON UN COLGAJO CONDRUMUCOSO DE TARSO SUPERIOR

J.M. Lera Imbulzqueta, I. Irarrazabal Armendáriz, I. Bernad Alonso, M. Ivars Lleó y P. Redondo Bellón

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

Introducción: Los defectos del párpado inferior necesitan procedimientos reconstructivos complejos, sobre todo, cuando involucran

a todo el espesor del párpado: piel, tejido celular subcutáneo, tarso y conjuntiva. El principal objetivo de la reconstrucción es crear un párpado inferior funcional y estéticamente aceptable, con una mínima morbilidad para el paciente. Además se ha de evitar una de las complicaciones más comunes tras la cirugía palpebral: el ectropión, aportando un soporte rígido al párpado reconstruido. El colgajo de Fricke es un colgajo de transposición poco conocido en cirugía dermatológica que utiliza la piel de la mejilla medial-lateral para la reconstrucción de defectos del párpado inferior. Por otro lado, el colgajo condromucoso de tarso superior es un colgajo de transposición que se emplea para la reconstrucción de la lamela interna.

Caso clínico: Paciente de 73 años, con antecedente de carcinoma basocelular en párpado inferior derecho, intervenido en cuatro ocasiones en otro centro (con extirpación del hemi-párpado medial, incluyendo el aparato lacrimal) que acude a nuestra consulta por una recidiva tumoral, que afecta a la parte lateral del párpado. Se realiza extirpación de la tumoración mediante varios pases de cirugía controlada al microscopio, requiriendo la exéresis en profundidad de parte de la conjuntiva y el tarso inferior y de parte de la mejilla ipsilateral. Una vez obtenido un plano libre, se diseña la reconstrucción del defecto resultante con la combinación de un colgajo condromucoso de transposición del tarso superior para reconstruir la lamela interna y un colgajo de Fricke modificado para cubrir la piel de la lamela externa y la mejilla afecta.

Discusión: Presentamos una variante de reconstrucción del párpado inferior con la combinación de un colgajo condromucoso de tarso superior para la reconstrucción de la lamela interna y un colgajo de Fricke modificado para cubrir la lamela externa y parte de la mejilla, con un resultado funcional y estético aceptable.

24. TRASPLANTE DE FOLÍCULOS PILOSOS EN ÚLCERAS CRÓNICAS DE MIEMBROS INFERIORES

M.L. Martínez Martínez, E. Escario Travesedo, F. Jiménez Acosta, E. Poblet, D. Sánchez Jiménez, L. Rubio Cañadas, L. Gracia Luengo, A. Leal Sáez, M.E. Gómez Sánchez y M.T. López Villaescusa

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. Clínica Dr. Jiménez Acosta. Las Palmas de Gran Canaria. España. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Los folículos pilosos representan un importante reservorio de células madre. Numerosos estudios revelan la contribución de los folículos pilosos a la fase aguda de re-epitelización de las heridas producidas en la piel. Así, la gran densidad de folículos pilosos en el cuero cabelludo explicaría la rápida curación de las heridas en estas zonas respecto a otras partes del cuerpo o la dificultad de cicatrización en áreas de piel tratadas con radioterapia donde las estructuras anexas han sido destruidas. Con el fin de evaluar la capacidad regenerativa del folículo piloso, nuestro grupo realizó un trasplante de biopsias punch de cuero cabelludo del propio paciente sobre úlceras crónicas de miembros inferiores. Un total de 10 pacientes fueron evaluados con un tamaño medio de la úlcera de 36,8 cm² y 10,5 años de duración media. Las biopsias punch de cuero cabelludo fueron injertadas en un área de 4 cm² aleatoria en el seno de la úlcera y comparadas con otra área control de las mismas características, pero que no recibiría injertos. Se observó a las 18 semanas del trasplante una reducción del área que recibió los folículos pilosos de 27,1% comparado con un 6,5% de reducción del área control. Tras analizar las limitaciones de este estudio, consideramos que la principal dificultad reside en no poder excluir totalmente el papel del tejido interfolicular que contienen los punch de cuero cabelludo en la curación de la herida, y que esta no sea debida exclusivamente al folículo piloso. Por otro lado sería muy inte-

resante evaluar el papel de los folículos no solo en la reepitelización sino también en la regeneración del fondo de la úlcera. Presentamos las soluciones planteadas en el nuevo estudio que hemos iniciado. En nuestra opinión, los injertos de folículos pilosos en el seno de úlceras crónicas representarían una alternativa terapéutica segura y de fácil realización en estas heridas de difícil cicatrización, por lo que son necesarios más estudios que confirmen esta capacidad regenerativa.

25. TRATAMIENTO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA FISTULIZADA MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL. UN NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO CON 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN 18 PACIENTES

L.M. Valladares Narganes, H.A. Cocunubo Blanco, M.M. Otero Rivas, G. Pérez Paredes y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: La hidrosadenitis supurativa (HS) es un proceso inflamatorio crónico de localización en grandes pliegues donde predominan las glándulas sudoríparas apocrinas (regiones axilares, inguinales, mamarias y glútea). Se caracteriza por la formación de nódulos recidivantes y dolorosos, con evolución a fistulas. Aunque el arsenal terapéutico es amplio, la eficacia de los tratamientos médicos es limitada y frecuentemente es necesario drenar formas fistulizadas siendo necesaria la cirugía en las formas graves.

Material y métodos: La terapia fotodinámica (TFD) es capaz de producir formación de radicales libres que causan necrosis tisular selectiva y su posterior cicatrización, además de controlar la inflamación e infección local debido a sus propiedades antimicrobianas.

Resultados: Presentamos nuestra experiencia en 18 pacientes con HS fistulizada en axilas, región mamaria, inguinal y glútea que, tras valoración previa por Eco Doppler, se realizó tratamiento mediante TFD con ácido 5-aminolevulinico intralesional, aplicando luz roja tras incubación de tres horas. Los resultados, algunos a tres años de seguimiento, fueron satisfactorios, consiguiendo la cicatrización de las fistulas con mejoría clínica evidente en casi todos los casos, siendo además una técnica en general bien tolerada. Analizaremos distintos factores que pueden influir en el éxito de la técnica como son la localización y el número de fistulas.

Discusión: La TFD aplicando fotosensibilizantes tópicos se ha utilizado en HS con resultados variables. El problema radica en la limitada capacidad de penetración del fármaco en profundidad. En el caso de la TFD intralesional, el fotosensibilizante es inyectado para facilitar su actividad in situ. Más estudios controlados y mayor experiencia son necesarios para extraer conclusiones definitivas.

Conclusiones: Pensamos que la TFD intralesional puede ser una alternativa eficaz para el tratamiento de la HS fistulizada donde otras terapias han fracasado y en aquellos casos donde la opción quirúrgica es agresiva y con mayor riesgo de efectos adversos.

26. TRATAMIENTO DE XANTELASMAS CON LÁSER ND-YAG Q-SWITCHED DE 532 NM

J.M. Miralles López

Miralles Dermatología. Palma de Mallorca. España.

Los xantelasmas constituyen la manifestación clínica del depósito de lípidos en el área palpebral, en forma de pápulas o placas amarillentas y de localización fundamentalmente en área de canto interno en párpado superior y generalmente bilaterales. Clásicamente la exéresis quirúrgica y el ácido tricloroacético han sido los tratamientos utilizados, aportando el uso de los láseres abla-

tivos, en concreto de CO₂, una alternativa a la cirugía de excelentes resultados aunque no son infrecuentes las cicatrices residuales hipocrómicas, a veces deprimidas. También se han tratado con Láser Nd-Yag Q-switched de 1064 nm, lo que puede requerir de varias sesiones. En nuestra experiencia el láser Nd-Yag Q-switched de 532 nm, a través de un efecto fotoacústico y utilizando spots pequeños de 2-3 mm y fluencias medias, permite en una media de 2-3 sesiones la eliminación de xantelasmas de forma cómoda, con rápida recuperación y fácilmente repetible, habida cuenta de su frecuente reaparición.

27. SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO. VAPORIZACIÓN CON LÁSER DE CO₂ EN 6 CASOS CON AFECTACIÓN CUTÁNEA EXCLUSIVA

M.M. Bonet, J. del Pozo, J. Felgueiras y M. Almagro

Servicio de Dermatología. Unidad de Láser. CHU A Coruña. España.

Introducción: El sarcoma de Kaposi clásico (SKC) es una proliferación vascular de carácter linfática que normalmente afecta a pacientes adultos sobre todo en las extremidades inferiores. Raramente presentan afectación visceral y la mayoría de los casos son paucisintomáticos.

Pacientes y métodos: 6 pacientes de edad media 79 años con SKC de localización exclusivamente cutánea, y lesiones en todos los casos en piernas menos uno en manos, fueron tratados en nuestro servicio con láser de CO₂ (SE-20-30w Franckline, Intermedic). El tratamiento se realizó bajo anestesia local con un haz focalizado a 5 w/cm² en modo superpulsado. Se realizaron varios pases hasta que el color azulado de la lesión desapareció por completo y con curas locales con antibióticos tópicos, la cicatrización se realizó por segunda intención. Con evaluaciones periódicas cada 2 meses el seguimiento fue realizado durante una media de 3 años.

Resultados: En todos los pacientes se controló el SKC. El índice de recurrencia de las lesiones tratadas fue pequeño, menor del 20%. La aparición de nuevas lesiones ocurrió en todos los casos por lo que fueron necesarios tratamiento repetidos. Los efectos secundarios reseñables fueron hiperpigmentación y alteraciones texturales. La satisfacción de los pacientes fue elevada y el tratamiento bien tolerado.

Discusión: Se han descrito una gran variedad de opciones terapéuticas en el SKC que incluyen quimioterapia sistémica (etoposido, paclitaxel, vincristina, gemcitabina, doxorubicina liposomal pegilada, vinblastina), tratamientos intralesionales (vincristina, interferón), tratamientos tópicos (alitretinoína, imiquimod), tratamientos biológicos (rituximab, sirolimus, interleucina 2), tratamientos inmunológicos (inmunoglobulina IM, interferón), antivíricos (valganciclovir), tratamientos físicos (radioterapia, terapia fotodinámica, láser), antiangiogénicos (talidomida), y otros (electroquimioterapia, parches de nicotina dérmica). El láser de CO₂ prácticamente no se cita en la literatura en el SKC. Sin embargo, dado que son pacientes de edad avanzada, que suelen ser paucisintomáticos y con un alto índice de aparición de nuevas lesiones, el láser de CO₂ es una opción terapéutica a considerar, fácil de realizar, fácilmente repetible, con buen índice de curación de las lesiones tratadas, y pocos efectos secundarios (hiperpigmentación).

Conclusiones: El láser de CO₂ es un tratamiento eficaz, fácilmente repetible y con pocos efectos secundarios en el SKC cutáneo.

Bibliografía

- Regnier-Rosencher E, Guillot B, Dupin N. Treatments for classic Kaposi sarcoma: a systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:313-31.
- Chun YS, Chang SN, Park WH. A case of classical Kaposi's sarcoma of the penis showing a good response to high-energy pulsed carbon dioxide laser therapy. *J Dermatol.* 1999;26:240-3.

28. HAMARTOMA ANGIOMATOSO ECRINO. TRATAMIENTO DE DOS CASOS CON LÁSER SECUENCIAL DE COLORANTE Y ND:YAG

J. Felgüerías, J. del Pozo, M.M. Bonet, F. Piñeyro y M. Almagro

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. España. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cáceres. España.

Introducción: El hamartoma angiomatoso ecrino (HAE) es una proliferación que combina elementos ecrinos y vasculares. Se localiza de forma preferente en niños y en extremidades inferiores, y en los pocos casos en que se ha descrito tratamiento con láser el resultado ha sido insatisfactorio.

Pacientes y métodos: 1) Paciente de 38 años con lesión eritematosa en arco plantar que le produce de forma ocasional dolor. Una vez confirmado por biopsia el HHE comenzamos tratamiento con láser secuencial de colorante + Nd YAG. Las tres primeras sesiones Grupo IV, Spot 10 mm, PDL 8, YAG 50, delay largo. Las dos últimas sesiones Spot 10 mm, PDL 8 jul, 0,5 mseg. Tras 32 meses de seguimiento no hay recidiva de las lesiones. El dolor ha desaparecido. 2) Paciente de 26 años con lesión eritematosa en labio superior de unos meses de evolución asintomática. Tras una biopsia que confirmó el diagnóstico comenzamos tratamiento con láser: Grupo IV, Spot 10 mm; PDL 7, YAG 50, delay largo en la primera sesión. Tres más con PDL 7 jul, 2 mseg. Tras 17 meses de seguimiento no ha habido recidiva de las lesiones.

Discusión: El HAE es una lesión poco frecuente cuyo diagnóstico clínico suele ser difícil y en la mayoría de los casos se hace por la biopsia. El tratamiento electivo es la cirugía, pero en algunos casos conlleva importante morbilidad. El tratamiento con láser ha sido descrito en dos trabajos pero con malos resultados. Nuestros pacientes obtuvieron una respuesta excelente y tras un seguimiento de varios años no han presentado recidivas. Las lesiones congénitas de HAE suelen ser más verrucosas simulando en ocasiones un hemangioma verrucoso. Nuestros casos eran lesiones adquiridas y de aspecto maculoso. Quizás esto explica la no respuesta en los casos tratados en la literatura.

Conclusiones: El tratamiento del HAE con láser secuencial de colorante y Nd:YAG puede obtener excelentes resultados sin recidiva tras varios años de seguimiento. Es necesario tratar más casos para confirmar la efectividad real de esta opción terapéutica.

Bibliografía

Lee SY, Chang SE, Choi JH, Sung KI, Moon KC, Koh JK. Congenital eccrine angiomatous hamartoma: report of two patients. *J Dermatol.* 2001;28:338-40.

Vídeos

1. RECONSTRUCCIÓN DEL LABIO SUPERIOR MEDIANTE COLGAJO DE ROTACIÓN Y COLGAJO MIOMUCOSO DE LENGUA

M.M. Otero Rivas, M.G. Pérez Paredes, M.J. Suárez Valladares, B. González Sixto y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El labio superior es una localización poco frecuente de cáncer cutáneo no melanoma, dado el escaso daño actínico que este recibe en comparación con el labio inferior. La reconstrucción del labio superior en defectos de espesor total representa un reto para el cirujano dermatológico ya que se han de mantener las funciones del esfínter bucal sin alterar la apariencia estética.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 70 años, que requirió tres etapas de cirugía de Mohs para la resección de un carcinoma espinocelular recidivado y un carcinoma basocelular adyacente en el labio superior. El defecto resultante comprendía casi la totalidad del hemilabio superior izquierdo, afectando la comisura. Se diseñó un colgajo de rotación ipsilateral con pedículo lateral que se incidió en el plano muscular y que nos permitió aportar piel al defecto para, a continuación, realizar un colgajo de avance de la lengua que nos aportó tejido para la reconstrucción mucosa. El colgajo de lengua se suturó al defecto mucoso y tras dos semanas se aseguró una correcta vascularización por lo que se seccionó el colgajo adaptándolo al nuevo labio reconstruido.

Conclusiones: La funcionalidad y estética del resultado son excelentes, por lo que creemos que esta combinación de colgajos puede ser de utilidad en defectos de espesor total del hemilabio superior que necesiten un gran aporte de tejido mucoso. Aunque se requiere nutrición enteral y un segundo tiempo quirúrgico esta propuesta reconstructiva preserva la función de esfínter bucal, sin microstomia obvia, a la vez que proporciona uniformidad de color y textura.

Pósters

1. CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA EN DERMATOLOGÍA

G. Nieto González^a, A. Romo Melgar^b, J. Cañueto Álvarez^b, J.M. Mir Bonafé^c y J.C. Santos Durán^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España. ^cServicio de Dermatología. Instituto Catalán de Dermatología. Barcelona. España.

Introducción: Los tumores palpebrales representan entre el 3 y 5% de los tumores de cabeza y cuello, de ellos el 95% son carcinoma basocelulares, debido a las peculiaridades anatómicas y funcionales de los párpados estos tumores representan un continuo reto terapéutico. En esta comunicación pretendemos exponer algunas opciones quirúrgicas en función del tamaño tumoral y laxitud palpebral, a través de una serie de casos.

Casos clínicos: 1) Los tumores de pequeño tamaño que afectan a los bordes libres palpebrales pueden resolverse con reconstrucciones “en pentágono”, la premisa fundamental es respetar la alineación de los bordes y correcta posición del tarso. 2) Cuando el tumor es mayor o la laxitud palpebral es escasa, puede ser necesario ampliar el colgajo hacia el canto externo y sobre todo realizar una canto-lisis para liberar el párpado (Colgajo de Tenzel). 3) en el caso de tener un tumor sin afectación de borde libre pero de disposición longitudinal, resulta de gran utilidad y escasa dificultad o riesgos quirúrgicos el colgajo de trasposición de párpado superior (colgajo de Tripiet), que consiste en hacer una blefaroplastia dejando intacto el pedículo lateral y transponerlo al defecto inferior. 4) Para resolver defectos de gran tamaño del párpado inferior (en torno 50%) existe un colgajo complejo tarso conjuntival superior y miocutáneo inferior de dos tiempos (colgajo de Hughes) que resulta una genialidad reconstructiva en cuanto a su diseño, ya que consigue resultados funcionales y estéticos excelentes sin afectar a otras áreas anatómicas, en tumores complejos.

Conclusiones: La cirugía de esta localización nos puede resultar intimidante, sin embargo, aplicando una correcta metodología en la evaluación funcional, tamaño tumoral y condiciones individuales del paciente, esta puede resultar sencilla y altamente satisfactoria. El consenso multidisciplinar puede resultar muy útil especialmente cuando se trata de tumores de gran tamaño o complicados.

2. COLGAJO DE AVANCE EN DOBLE TRIÁNGULO DE BUROW PARA CIERRE DE DOS LESIONES CERCANAS

I. Palacios Álvarez, J.C. Santos Durán, L. Arango Duque, S. Blanco Barrios y E. Fernández López

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España

Introducción: El doble triángulo de Burow es un colgajo de avance empleado para reducir la tensión que ocasionaría la extirpación elíptica de dos lesiones adyacentes. Este colgajo es una modificación del colgajo de avance en triángulo de Burow, en el que el triángulo secundario se realiza sobre la localización del segundo defecto. Esta técnica es apropiada cuando la distancia entre las dos lesiones intervenidas es menor a dos veces el diámetro máximo de las mismas. La incisión tangencial que une los dos triángulos del colgajo puede ser modificada según los pliegues y líneas de tensión de la piel para un mejor resultado estético, con el consecuente cambio en orientación de los triángulos que engloban las dos extirpaciones. Como resultado se produce una única línea de sutura discretamente más larga. Sin embargo, la morfología en Z permite un resultado más estético, unido a la disminución de la tensión en el área entre las dos lesiones. Se presenta una serie de cuatro pacientes en los que se ha empleado esta técnica para el cierre de dos extirpaciones adyacentes en distintas localizaciones faciales.

Casos clínicos: Se incluyen cuatro pacientes a los que se extirpan dos lesiones tumorales adyacentes en las siguientes localizaciones: sien izquierda, punta nasal e infrapalpebral derecho, vertiente nasal izquierda y surco nasogeniano izquierdo, raíz nasal y vertiente nasal derecha. En todos los casos el cierre se realiza mediante el colgajo de avance en doble triángulo de Burow con excelentes resultados.

Conclusiones: Se presentan cuatro pacientes en los que se ha empleado el colgajo de avance en doble triángulo de Burow para el cierre de dos lesiones cercanas en distintas localizaciones de la cara. Mediante esta técnica se disminuye la tensión que producirían dos incisiones elípticas, consiguiéndose buenos resultados estéticos y funcionales.

3. INJERTO DE PIEL GLABELAR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN PUNTA Y DORSO NASAL

C. Ciudad Blanco, E. Conde Montero, D. Mendoza Cembranos, C. Horcajada Reales y R. Suárez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: En defectos grandes de la pirámide nasal, los injertos cutáneos suponen una buena opción quirúrgica. La piel del área nasal es gruesa y contiene múltiples glándulas sebáceas. Deben escogerse áreas dadoras similares en color, textura, fotoexposición y pilosidad. La piel glabelar muestra unas características similares, lo que permite conseguir unos resultados satisfactorios en la reconstrucción de defectos de la punta y dorso nasal.

Material y métodos: Presentamos 10 pacientes con patología tumoral en los que se realizó reconstrucción del defecto quirúrgico mediante un injerto de piel total del área glabelar. El injerto fue anclado mediante un punto de sutura reabsorbible en la parte central para facilitar el contacto con el lecho receptor. La zona dadora fue cerrada mediante sutura directa convencional.

Resultados: No se registraron complicaciones inmediatas ni a largo plazo. Los resultados fueron considerados como satisfactorios o muy satisfactorios por todos los pacientes a los 6 meses tras la cirugía.

Discusión: La piel de la zona glabelar ofrece ventajas para la reconstrucción quirúrgica del área nasal. Dicha piel es similar en textura, color, grosor y estructuras a la piel nasal. Además, en

pacientes de edad avanzada aparece como una piel redundante que facilita el cierre directo. La proximidad a la zona receptora facilita el trabajo en un único campo quirúrgico. Antes de utilizar este injerto, es recomendable asegurar que se trata de una zona libre de folículos pilosos para no trasplantar pelo en la zona nasal. También hay que evitar una aproximación excesiva del área glabelar durante el cierre de la zona dadora, que podría provocar el aspecto de una única ceja en el paciente.

Conclusiones: El injerto de piel glabelar se muestra como una buena opción quirúrgica en defectos grandes de la pirámide nasal. La proximidad de las zonas dadora y receptora también facilita la técnica quirúrgica.

4. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS EN LENTIGO MALIGNO FACIAL

M. Mayor Arenal, M. Alonso Pacheco, A.I. Rodríguez Bandera, M. Feito Rodríguez y C. Gómez Fernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El lentigo maligno es un melanoma in situ que suele desarrollarse en personas de avanzada edad en áreas de fotoexposición, fundamentalmente en cabeza y cuello. El tratamiento más idóneo es la cirugía de Mohs, ya que proporciona la menor tasa de recidivas y permite ahorrar tejido sano, lo cual facilitara la reconstrucción del defecto resultante.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia inicial en cirugía de Mohs en lentigo maligno facial a través de una serie de 11 pacientes. En todos se llevó a cabo biopsia incisional diagnóstica que descartó melanoma invasor sobre lentigo maligno y confirmó el diagnóstico de sospecha. Se realizaron en algunos casos cirugía de Mohs diferida y en otros en secciones congeladas con confirmación posterior en secciones permanentes. No existen recidivas hasta el momento actual. En todos ellos el resultado ha sido satisfactorio desde el punto de vista oncológico, funcional y estético. La dermatoscopia constituyó un apoyo fundamental en 3 aspectos: el diagnóstico clínico, la selección del foco de biopsia más atípico e informativo para el patólogo y la delimitación de márgenes en la cirugía.

Discusión: La cirugía de Mohs está especialmente indicada en lentigos malignos de recidiva, mal delimitados, de gran tamaño, de localización centrofacial y/o en fototipos oscuros. Aporta seguridad oncológica informando de la extirpación completa del lentigo maligno y proporciona ahorro de tejido sano respecto a la cirugía convencional, hecho que facilita la reconstrucción. Ello se traduce en un mejor resultado estético y una menor posibilidad de secuelas funcionales en el área facial, hecho con gran trascendencia para favorecer una buena calidad de vida del paciente. No existe ningún tipo de subvención.

5. UTILIZACIÓN DEL COLGAJO EN DOBLE HACHA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS SUPRACILIARES

M.L. Alonso Pacheco, M. Mayor Arenal, K. Vorlická, R. Maseda Pedrero y A.I. Rodríguez Bandera

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El colgajo en "doble hacha" consiste en la combinación de dos colgajos triangulares de avance en V-Y, con dos pequeños pedículos subcutáneos en isla contralaterales, a cada lado de un defecto circular. Fue descrito por Emmett et al en 1977; y aplicado por Jackson a la región supraciliar en 2002. Presentamos los resultados de la utilización de este colgajo en tres casos quirúrgicos de localización supraciliar, realizados en nuestro servicio durante el

último año y medio, así como la técnica de diseño y ejecución del mismo.

Casos clínicos: Se trata de 3 pacientes con defectos quirúrgicos supraciliares de hasta 2 cm de diámetro, tras la exéresis por cirugía de Mohs de un carcinoma basocelular infiltrativo. La aplicación del colgajo en “doble hacha” obtuvo muy buenos resultados cosméticos y funcionales.

Conclusiones: La reconstrucción de defectos postquirúrgicos en la región supraciliar constituye un reto para el dermatólogo por el riesgo de desplazamiento de la ceja, con producción de deformidades o asimetrías antiestéticas. Entre los procedimientos disponibles se descartará el cierre directo, incluso para defectos pequeño-medianos ($\leq 1,5$ cm), cuando este produzca alguna distorsión del contorno de la ceja; así como el injerto libre por el poco cosmético “efecto parche” resultante. El colgajo de pedículo subcutáneo en isla con avance en V-Y se ha postulado como el de elección en esta localización para defectos pequeños no subsidiarios de cierre directo. La longitud de la isla, 2 a 3 veces el diámetro del defecto primario, limita la aplicación de este colgajo en defectos medianos-grandes del área supraciliar, por el riesgo de isquemia y por la extensión de las cicatrices residuales. En el colgajo en “doble hacha” se reduce la longitud de los pedículos subcutáneos, permitiendo así su aplicación en defectos de mayor tamaño, como los presentados, y en general con muy buenos resultados cosméticos.

6. COLGAJO FRONTAL PARAMEDIANO PARA DEFECTO NASAL DE GRAN TAMAÑO

C. Silvente San Nicasio^a, M.P. Gete García^b, D. Velázquez Tarjuleo^a, S. Galiano Mejías^a y P. de la Cueva Dobao^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción: El colgajo frontal paramediano utiliza un pedículo micutáneo de piel frontal centrado en la arteria supratroclear y constituye una técnica de elección para cubrir defectos nasales mayores de 2 cm situados en pared, dorso, punta y alas nasales.

Caso clínico: Un paciente varón de 49 años es valorado por los Servicios de Otorrinolaringología y Dermatología del Hospital Infanta Leonor por una lesión en fosa nasal derecha de un año de evolución con crecimiento progresivo. A la exploración física se observó una placa eritematosa, infiltrada, costrosa y mal delimitada ocupando la columela, punta y parte medial de ala nasal derecha, extendiéndose hacia el vestíbulo nasal. El paciente presentaba asimismo desviación septal izquierda. Se realizó biopsia que confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El estudio de extensión fue negativo. Bajo anestesia general se realiza extirpación de la lesión por parte del Servicio de Otorrinolaringología y reconstrucción del defecto por parte de nuestro Servicio de Dermatología. La extirpación se realizó con un margen de 1 cm y durante la intervención se realizó septoplastia para la corrección de la desviación del tabique. El defecto se cerró mediante un colgajo frontal paramediano. No fue necesaria la restitución de soporte cartilaginoso. Durante las curas posteriores se observó excelente viabilidad del colgajo. A las 3 semanas se reintervino para cortar el pedículo. El estudio anatomopatológico confirmó la extirpación completa del tumor con márgenes libres de lesión. El resultado estético y funcional fue satisfactorio.

Conclusiones: El colgajo frontal paramediado constituye un colgajo versátil que permite la reconstrucción de grandes defectos nasales. Las ventajas que presenta son similitud de piel nasal y frontal, cobertura cutánea suficiente, excelente viabilidad del colgajo y buenos resultados estéticos y funcionales. Las desventajas son que necesita una segunda intervención para cortar el pedículo y la cicatriz frontal residual.

7. TETRIS EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: EXTIRPACIÓN DE VARIOS TUMORES PRÓXIMOS

M.J. Suárez Valladares, M.M. Otero Rivas, B. González Sixto, A. Pérez Bustillo y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: Con cierta frecuencia nos encontramos lesiones tumorales próximas entre sí en la región facial. A la hora de abordarlas quirúrgicamente debemos buscar una técnica reconstructiva adecuada, lo que nos asegurara buenos resultados funcionales y estéticos.

Casos clínicos: Presentamos una serie de cinco casos de pacientes con tumores faciales próximos, en ellos la planificación quirúrgica individualizada, permitió englobar la exéresis de los tumores en un solo tiempo quirúrgico y con una sola cicatriz.

Conclusiones: El conocimiento de la mecánica de los colgajos, nos permite adaptar el tratamiento quirúrgico de cada paciente; obteniendo un buen resultado funcional y estético.

8. ANGIOQUERATOMA NEVOIDE CIRCUNSCRITO: TRATAMIENTO CON LÁSER VASCULAR MULTIPLEX

T. Ramírez Tucas, S. Blanco Barrios, J.C. Santos Durán, I. Andrés Ramos y E. Fernández López

Complejo Asistencial de Salamanca. España.

Introducción: Los angioqueratomas son un grupo de malformaciones vasculares caracterizadas histológicamente por la presencia de dilatación de capilares superficiales con hiperqueratosis suprayacente. Existen cinco tipos clínicamente reconocibles: angioqueratoma corporal difuso, de Mibelli, de Fordyce, solitario/múltiple y angioqueratoma nevoide circunscrito (ANC) que es el más raro de los tipos. El ANC es un tipo inusual de angioqueratoma localizado en glúteos, muslos, piernas, brazos o tronco mostrando una distribución lineal y unilateral. Existen múltiples tratamientos descritos para esta entidad que han sido poco satisfactorios: crioterapia, radiofrecuencia, electrofulguración y como opción final dada a su repercusión cosmética la escisión quirúrgica. En la actualidad, se plantea como posibilidad terapéutica el uso de diversos tipos láser: dióxido de carbono, neodimio-YAG, láser colorante pulsado (PDL) o combinados, que prometen mejores resultados estéticos.

Caso clínico: Presentamos una serie de 6 casos de pacientes con diagnóstico de ANC confirmados por biopsia, que recibieron tratamiento con láser dual vascular (PDL y N-YAG) con una media de 4 sesiones (entre 1 y 7 sesiones) con resultados satisfactorios.

Conclusiones: La selección de la opción terapéutica, para el tratamiento de esta entidad, sigue siendo difícil y constituye un desafío. A fin de evitar terapias que suponen secuelas estéticas, en nuestros pacientes se optó por el tratamiento con el láser vascular multiplex, al tenerlo disponible en nuestro centro, consiguiendo en todos los pacientes disminución del número de lesiones iniciales, así como aplanamiento y atenuación de la coloración en las lesiones que persistieron; considerados estos resultados satisfactorios tanto para el paciente como para el equipo médico responsable.

9. HEMANGIOMA ELASTÓTICO ADQUIRIDO: RESPUESTA COMPLETA A LÁSER VASCULAR

J.L. Díaz Ramón^a, M. Mendieta Eckert^a, V. Velasco Benito^b, O. Lasa Elgezua^a y V. de Benito Rica^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: El hemangioma elastótico adquirido es una entidad clínica patológica de hemangioma reconocida. El tratamiento en los

pocos casos descritos es la cirugía. Presentamos un caso resuelto con láser vascular.

Caso clínico: Mujer de 65 años sin antecedentes de interés que consultó por lesión asintomática en tórax de 10 meses de evolución. A la exploración presentaba una lesión sobrelevada, eritematosa y de bordes netos. Se realizó una biopsia en la que se observó proliferación vascular en banda con endotelios prominentes y elastosis acompañante. Con el diagnóstico de hemangioma elastótico adquirido se procedió a tratar con láser PDL y NdYAG obteniendo una respuesta completa tras 3 sesiones.

Conclusiones: Es el primer caso reportado de tratamiento efectivo de un hemangioma elastótico adquirido con láser. La respuesta completa se alcanzó con el uso conjunto de láser PDL y NdYAG.

10. NEVUS AZUL TIPO PLACA CON NÓDULO MAMARIO SUBYACENTE

C. Garrido Gutiérrez^a, I. Esteban Rodríguez^b,
C. García de Santiago^c, V.M. Leis Dosil^a e I. Prats Caelles^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica;
^cServicio de Ginecología. Hospital Universitario Infanta Sofía.
San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Existen múltiples entidades descritas dentro del espectro de las melanocitosis dérmicas. En el año 2000 Busam et al utilizan por primera vez el término "nevus azul tipo placa con nódulos celulares subcutáneos", al describir dos casos de nevus azules de gran tamaño presentes desde la infancia, con desarrollo en la edad adulta de nódulos subcutáneos profundos. Desde entonces se han publicado al menos siete casos similares. Presentamos el caso de una mujer de 62 años remitida desde ginecología por presencia de nódulo mamario en cuadrante superior externo de mama izquierda con BAG con hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos compatibles con melanoma. En la exploración cutánea observamos una lesión maculosa azulada ocupando el cuadrante superior y medial de dicha mama, presente y estable desde la adolescencia, con histología de nevus azul. La tumorectomía confirmó lesión de estirpe melanocítica bifásica con datos morfológicos de malignidad intermedia (sin mitosis ni áreas de necrosis) que se clasificó de melanocitoma epitelioide pigmentado. Durante dicha intervención se observaron zonas hiperpigmentadas en los márgenes del área reseada. Tanto la biopsia selectiva de ganglio centinela como el estudio de extensión fueron negativos. Tras revisar la literatura y dada la rareza del caso se propuso a la paciente la posibilidad de extirpar completamente la lesión cutánea y cirugía mamaria radical frente a seguimiento estrecho conjunto en ambos servicios, optando por esto último. En los cuatro primeros casos publicados estos nódulos melanocíticos subcutáneos fueron diagnosticados de nevus azules celulares con buen pronóstico tras seguimiento durante años. No obstante en publicaciones posteriores se ha comprobado la ganancia de alteraciones cromosómicas en estos nódulos proliferativos con los años, y finalmente en 2012 se publican dos casos similares con fallecimiento por melanoma. La escasa casuística y el pronóstico incierto de estas lesiones lo convierten en un caso de difícil manejo que precisa decisiones consensuadas.

11. QUERATOSIS ACTÍNICA PERIOCLAR. UN RETO TERAPÉUTICO

V.M. Leis Dosil y C. Garrido Gutiérrez

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

Introducción: Las queratosis actínicas (QA) tienen un potencial riesgo de malignización, siendo imposible determinar en qué lesión

se desarrollará un carcinoma epidermoide infiltrante. En las QA periorculares el tratamiento de elección debe ser eficaz, de fácil administración, con efectos secundarios controlables evitando la morbilidad de la resección quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 60 años con una QA extensa, confirmada histológicamente en dos ocasiones, en el párpado inferior del ojo izquierdo, afectando al canto interno y al borde libre. No se obtuvo mejoría con imiquimod, terapia fotodinámica, y diclofenaco 3% gel. A lo largo de los meses fue apareciendo retracción del párpado y obstrucción del conducto lagrimal. En ese momento, se decidió pautar 5-Fluoracilo 0,5% durante 2 semanas. La respuesta clínica fue espectacular, con resolución de la placa, aparición de las pestañas y desaparición de la retracción. Tras un año de seguimiento no se han observado recidiva local.

Conclusiones: El manejo de las QA en los párpados supone un reto terapéutico. El tratamiento ablativo como la extirpación quirúrgica o la crioterapia puede dejar defectos funcionales y cosméticos muy relevantes. En los trabajos publicados sobre manejo de QA en esta localización, se observan aceptables índices de curación con diclofenaco 3% en gel y con 5-fluoracilo 0,5% tópico. Aunque la tolerancia por parte del paciente es mayor con el diclofenaco, los resultados son más concluyentes, a la larga, con 5-Fluoracilo. Durante el tratamiento se han descrito efectos adversos locales que remiten al suspender el tratamiento, con excelente resultado cosmético, tanto en las QA, como en el carcinoma intraepidérmico. Se presenta un caso de difícil abordaje terapéutico con excelentes resultados tras una terapia clásica como es el 5-Fluoracilo.

No se ha recibido ningún tipo de subvención.

12. CARCINOMA ESPINOCELULAR ORIGINADO A PARTIR DE QUISTE DE INCLUSIÓN EPIDÉRMICA: UNA CONDICIÓN INUSUAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

H. Cocunubo Blanco, P. Sánchez Sambucety, M. Otero Rivas,
G. Pérez Paredes y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: Los quistes de inclusión epidérmica son lesiones benignas muy frecuentes, pero su transformación maligna a carcinoma espinocelular es una condición excepcional, con pocos casos reportados en las publicaciones médicas.

Material y métodos: Presentamos 2 casos: Uno correspondiente a un varón de 85 años con lesión cutánea en región parietal, redondeada no adherida a planos profundos, macroscópicamente quística de 2 x 1,2 cm e irregular. El otro caso se trata de un varón de 76 años con una lesión en párpado inferior de 8 mm, en forma de pápula esférica y quística al corte en el estudio macroscópico.

Resultados: Microscópicamente se observaron lesiones quísticas dérmicas, con contenido de material eosinófilo tipo queratina, revestidas por un epitelio escamoso del cual derivaban sábanas y trabéculas de células atípicas que infiltraban el tejido dérmico y subcutáneo adyacente, sin continuidad con la epidermis en los múltiples cortes realizados. Ambos tumores estaban completamente extirpados.

Discusión y conclusiones: Nuestros casos representan una inusual variante de estos tumores, cuya transformación maligna se puede sospechar ante un crecimiento rápido, ulceración, fistulización o lesión recurrente, ante lo cual se debe realizar una exéresis completa con estudio microscópico en múltiples cortes, que incluyan toda la lesión para lograr un tratamiento oportuno, ya que se han documentado algunos casos agresivos con metástasis y/o fallecimientos.

13. INFILTRACIÓN DÉRMICA POR LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

D. Caro Gutiérrez, R. Miñano Medrano, L. Villalón Blanco, F.J. Pinedo Moraleda y J.L. López Esteban

Servicio de Dermatología, Hematología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Los pacientes con leucemia linfática crónica (LLC) pueden padecer diversas alteraciones dermatológicas en relación con dicha patología, pudiendo ser estas específicas (leucemia cutis) o no específicas (por ejemplo, secundarias al tratamiento). Mujer de 70 años diagnosticada en el año 2004 de LLC de células B, estadio IA, sin precisar tratamiento. Consulta por lesiones asintomáticas de 3 meses de evolución en ambos pabellones auriculares. A la exploración física se apreciaba engrosamiento de la piel de ambos pabellones auriculares con formación de lesiones nodulares subcutáneas. No había aumento de la temperatura, disrupciones epidérmicas ni datos de infección. La biopsia mostro infiltración de la dermis reticular superficial y profunda por linfocitos de pequeño tamaño que expresaban positividad para CD20, bcl2, focal y débilmente bcl6 y CD5, y fueron negativas para CD3, CD10 y CD30. Además mostraban un índice de proliferación (Ki-67) muy bajo. Todo ello nos facilitó el diagnóstico de infiltración dérmica de su LLC-B. Un año después la paciente comenzó con lesiones similares en frente y supraciliares bilaterales de las cuales también se obtuvo una biopsia con idénticos hallazgos. De acuerdo con Hematología se decidió observación de las lesiones y no precisó iniciar tratamiento para su patología. La leucemia cutis es una manifestación rara que suele afectar con mayor frecuencia a la zona del rostro y cuello y de forma característica aparece en lugares con afectación herpética previa. La afectación de ambos pabellones auriculares de manera bilateral ha sido descrita en la literatura en siete ocasiones. La relación entre las lesiones y el diagnóstico de la LLC es variable, siendo posible su aparición previa, simultánea o posterior al mismo. En el caso de nuestra paciente aparecieron tras 6 años del diagnóstico. A diferencia de los casos de leucemias agudas, esta manifestación no implica un peor pronóstico en los casos de leucemias crónicas.

14. TUMOR FIBROHISTIOCITARIO PLEXIFORME TRATADO CON CIRUGÍA DE MOHS

R. Miñano Medrano^a, S. Martos Torrejón^b, A. Pampín Franco^a, D. Caro Gutiérrez^a y F.J. Pinedo Moraleda^c

^aUnidad de Dermatología, ^bUnidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología; ^cUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: El tumor fibrohistiocitario plexiforme (PFT) es una neoplasia mesenquimal de malignidad intermedia. Descrito en 1988 por Enzinger y Zhang. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

Caso clínico: Varón de 8 años de edad valorado en el servicio de Traumatología por presentar desde hace 2 meses un nódulo subcutáneo doloroso en el 2º dedo de la mano derecha. No refería antecedente traumático previo. Se realizó extirpación observándose en el estudio anatomopatológico una proliferación neoplásica constituida por nódulos de células de hábito histiocitario epitelioide rodeados por fascículos de células fibroblásticas que se extienden de unos nódulos a otros, confiriendo a la tumoración un patrón plexiforme. En el interior de los nódulos, se observaba focalmente alguna célula gigante multinucleada. Se observaban ocasionales figuras de mitosis. Estudio inmunohistoquímico CD68 positivo, actina músculo liso positiva focal, CD31 positivo débil, EMA negativo, CD34 negativo, S 100 negativo, Desmina negativo, HMBM45 negativo, ki67 3%. Se diagnosticó de tumor fibrohistiocitario plexiforme. En el estudio de imagen postquirúrgico, ecografía de partes blandas, se observó una lesión hipoecogénica de 6 x 1,4 x 4,5 mm, inmediata-

mente proximal a la articulación interfalángica distal, sobre el margen dorsal del extremo distal de la falange media. Compatible con recidiva tumoral. Se remitió al servicio de Dermatología para extirpación mediante cirugía micrográfica de Mohs (CMM). Se realizó CMM diferida, siendo necesarios 3 estadios hasta obtención de márgenes libres de infiltración neoplásica. Reconstruyéndose el defecto con un injerto libre de piel total. 8 meses después no presenta signos de recurrencia local ni metástasis locorregionales.

Conclusiones: El PFT presenta una tasa de recurrencia del 37%, y capacidad para metastatizar. No están estandarizados los márgenes de resección, recomendándose la extirpación con "márgenes amplios". La cirugía de Mohs puede disminuir la tasa de recurrencia.

15. ALTERNATIVA DE CIRUGÍA: METOTREXATO INTRALESIONAL EN TRATAMIENTO DEL QUERATOACANTOMA

K. Dryk, P. Martín Cuevas, E. Herrera Acosta, M. Martín González y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: El tratamiento de elección de queratoacantoma es la cirugía. Debido a que en algunos casos, por su tamaño y localización, puede ser agresiva y difícil de realizar, se han empleado diferentes compuestos tópicos o intralesionales en el tratamiento de este tumor.

Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento de queratoacantoma con metotrexato intralesional.

Metodología: Se presentan tres casos de queratoacantoma de localización facial (dos en labio superior y una en dorso nasal) que fueron tratados con metotrexato de 25 mg/ml, intralesional, hasta conseguir coloración amarillenta de la lesión. La vigilancia del paciente durante el primer mes fue semanal y luego mensual.

Resultados: En los tres pacientes se consiguió la resolución completa de la lesión tras tres meses desde la administración intralesional del fármaco. En dos casos se realizó una sola inyección, mientras que el tercero requirió dos sesiones separadas por un mes debido a la falta de respuesta tras la primera inyección. Durante el tratamiento no se observaron ningunos efectos secundarios.

Discusión: Aunque el tratamiento de elección del queratoacantoma es la extirpación completa de la lesión y estudio anatomopatológico posterior, hay casos especiales en los que o bien por el estado general del paciente o bien por la localización de la lesión, la cirugía conllevaría un alto riesgo quirúrgico o una reparación del defecto resultante muy complicada e inestética. En estos casos el tratamiento intralesional con metotrexato es efectivo y válido ya que consigue altas tasas de curación de queratoacantoma sin apenas riesgos importantes.

16. SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTARIA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE METÁSTASIS DE MELANOMA

A. Pampín^a, J.L. López Esteban^a, A. Bueno Horcajadas^b, M.L. Valverde Herreros^c y P. Dhimes Tejeda^d

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Diagnóstico por Imagen. ^cServicio de Traumatología. ^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de melanoma en la rodilla derecha Breslow 12 mm estadio IIIB en 2009, siendo gestante de 25 semanas. Se extirpó con ampliación de 2 cm de margen y biopsió un ganglio centinela inguinal derecho que fue positivo (infiltración macroscópica). Tras inducción del parto se realizó cesárea y linfadenectomía inguinal derecha con

extirpación de 3 ganglios linfáticos negativos. Se trató cuatro meses con interferón a altas dosis y se suspendió por mala tolerancia. Se perdió el seguimiento y acudió en 2013 tras TAC en el que se halló una adenopatía iliaca externa derecha de 2 x 4 cm. Se solicitó un PET-TAC en el que además destacaba hipercaptación en masa de partes blandas interarticular en la rodilla derecha. Una RM evidenció una tumoración sólida de 43 x 32 x 11 mm en la cara posterior del tendón rotuliano. Se realizó biopsia percutánea guiada por ecografía que descartó infiltración tumoral, y se diagnosticó de sinovitis villonodular pigmentada. Se trató con sinovectomía radical y linfadenectomía inguinal derecha siendo positivo uno de 10 ganglios extirpados. Dada la agresividad del melanoma avanzado, ante la aparición de una masa tumoral de partes blandas es obligatorio descartar una metástasis. Sin embargo, otras patologías aparecen a este nivel y pueden simular metástasis clínica y radiológicamente, especialmente al afectar a la misma extremidad donde estaba localizado el tumor primario, y aparecer una adenopatía en la cadena inguinal ipsilateral. La sinovitis villonodular pigmentaria es una proliferación mesenquimal benigna con origen en la membrana sinovial. Afecta más frecuentemente adultos jóvenes y grandes articulaciones. No se ha descrito relación entre esta entidad y el melanoma, por lo que consideramos esta asociación un hallazgo casual, pero cuyo conocimiento es de interés ya que puede confundirse clínica y radiológicamente con metástasis de melanoma.

17. MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE

N. Izquierdo, E. Jubert, L.J. del Pozo y C. Saus

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El término AMOF (Atypical Melanosis of the Foot) hace referencia a una rara entidad considerada, actualmente, como una fase precursora de melanoma lentiginoso acral (MLA) in situ de lenta evolución. Consiste en lesiones clínica y dermatoscópicamente compatibles con melanoma pero con hallazgos histológicos muy sutiles que no permiten establecer el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 79 años con lesión pigmentada en planta pie izquierdo biopsiada hace 10 años sin hallazgos significativos. La lesión había seguido creciendo de forma progresiva por lo que consulta de nuevo. A la exploración presentaba una pigmentación maculosa de bordes y coloración irregular, mostrando en la dermatoscopia un patrón paralelo de cresta. Histológicamente se evidenciaba una discreta proliferación de melanocitos, principalmente en la cresta profunda, sin atipia significativa.

Discusión: A pesar de que los hallazgos histológicos son insuficientes para confirmar la sospecha de MLA, tanto la clínica como la dermatoscopia es muy sugestiva, estableciéndose así el diagnóstico de AMOF. El patrón paralelo de la cresta tiene una alta especificidad (99%), siendo en ocasiones superior a la anatomía patológica en la detección de fases incipientes de MLA. Por tanto, estas lesiones deben considerarse precursoras de un melanoma in situ y realizarse su exéresis completa.

18. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO DEL MELANOMA CUTÁNEO EN ALBACETE DURANTE EL PERIODO 1993-2013

M.T. López Villaescusa, M.L. Martínez Martínez, M.E. Gómez Sánchez, C. Faura Berruga y J.M. Azaña Defez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Hemos realizado un estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo, analizando los cambios epidemiológicos ocurridos en el

melanoma cutáneo, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, desde 1993 hasta la actualidad. Se incluyeron pacientes con diagnóstico anatomopatológico de melanoma cutáneo primario o metastásico de origen no conocido. Los datos incluidos en este trabajo, se obtuvieron a partir de la base de datos informatizada del departamento de Anatomía Patológica. Los datos clínicos se obtuvieron de la información contenida en la historia clínica de cada paciente. Los datos analizados fueron los siguientes: edad, sexo, antecedentes personales, antecedentes familiares de melanoma y localización. En los datos histológicos se diferenció entre melanoma in situ o invasivo, analizando la profundidad con el índice de Breslow y nivel de Clark, y el tipo histológico. También se analizó la existencia concomitante de enfermedad regional o a distancia en el momento del diagnóstico y la evolución seguida por los pacientes, con las recaídas posteriores. Entre los datos obtenidos, destacan los siguientes: se recopilaron un total de 771 melanomas. Con un total de 407 varones y 364 mujeres. La edad media al diagnóstico del melanoma fue de 61 años. La localización más habitual fue cabeza y cuello, seguido de las extremidades inferiores. De todos los melanomas analizados, 248 correspondían a pacientes que presentaban un melanoma in situ (32%) y 523 eran melanomas invasivos (67%). El tipo histológico más frecuente correspondía a melanoma de extensión superficial con 403 casos (52%). Los melanomas invasivos, presentaban una profundidad media de 2,1 mm. De los 209 pacientes a los que se les realizó biopsia selectiva del ganglio centinela en 53 de ellos, fue positiva (25%). Durante la evolución y los 20 años de periodo de seguimiento estudiado, se observó recaída en 112 pacientes, 46 mujeres (51%) y 66 hombres (30%).

19. ¿ONICOCRIPTOSIS, GRANULOMA PIÓGENO, TALÓN NEGRO...? MELANOMAS ACRALES

R. López López, J.J. Domínguez Cruz, J. de la Torre García, J. Quintana del Olmo y J. Conejo Mir Sánchez

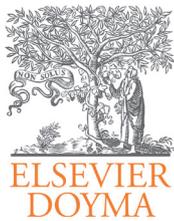
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El melanoma acral es una variante de melanoma localizado en palmas, plantas y aparato ungueal. Debido a distintos factores como la edad avanzada, asentar en zonas poco visibles y la presentación clínica inusual suelen diagnosticarse en fases avanzadas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de una serie de casos. Se recogieron los casos diagnosticados histológicamente de melanoma de localización acral que hubiesen sido diagnosticados, clínicamente, previamente de una patología diferente por Medicina de Atención Primaria, Podología, Dermatología o cualquier otro servicio. Se incluyeron los casos que cumplieran los criterios de selección vistos en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío desde el 1 de septiembre de 2008 al 30 de agosto de 2013. Se excluyeron los casos cuyo primer diagnóstico clínico fuese el de melanoma.

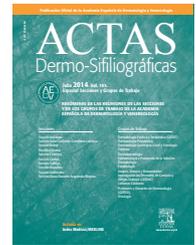
Resultados: Hemos observado 5 casos de pacientes con melanomas acrales que cumplían los criterios de inclusión. Se observó un predominio del sexo masculino (4:1). La mayoría de las lesiones se localizaban en la planta de los pies (5:1). Los diagnósticos clínicos previos habían sido: reacción a cuerpo extraño con talón negro (n = 2), onicocriptosis (n = 2) y verruga vulgar (n = 1). El estadio tumoral en todos los casos era de melanoma de → 4 mm de Breslow (estadio T4).

Conclusiones: El melanoma acral representa entre el 2 y el 8% de los melanomas en pacientes caucásicos. Con frecuencia pueden presentarse como tumoraciones exofíticas con escaso pigmento, pudiendo confundirse con granulomas piogénicos, reacciones granulomatosas asociadas a onicocriptosis, verrugas plantares o traumatismos, entre otros. Su sospecha diagnóstica es fundamental para evitar lo máximo posible la demora de su tratamiento.



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOPATOLOGÍA

XXXIX Reunión del Grupo Español de Dermatopatología

Alicante, 8 y 9 de noviembre de 2013

Casos clínicos (Minicasos)

1. HIPERPLASIA LINFOIDE ATÍPICA CD30+ SOBRE GRANULOMA PIOGÉNICO

A. Córdoba, C. Llanos, T. Tuñón, M.E. Iglesias y J.I. Yanguas

Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra A. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Se trata de una mujer de 78 años que acude a la consulta de dermatología por presentar una lesión de aspecto vascular de 1 mes de evolución, en primer dedo de la mano izquierda. Se realiza extirpación. La lesión mide 12 mm y corresponde a una proliferación vascular nodular con una superficie epidérmica ulcerada. Los vasos están dilatados; algunos de ellos aparecen ocupados por linfocitos de gran tamaño, con núcleos grandes, con atipia franca. Se aprecian mitosis y apoptosis. Los linfocitos muestran expresión de CD3, CD4 y CD30. El ki-67 es muy alto. El reordenamiento resulta por dos veces nulo. La paciente no presenta patología hematológica, ni neurológica, y el estudio de extensión para descartar un linfoma en otra localización resultó negativo. La paciente permanece asintomática. Se trata por tanto de una proliferación atípica linfoide CD30+, en un granuloma piogénico. Esta entidad recientemente descrita, corresponde a una reacción inflamatoria peculiar que hace necesario descartar un linfoma intravascular B y T.

2. LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES EPSTEIN-BARR POSITIVO DEL ANCIANO DE APARICIÓN CUTÁNEA (LBDCG-VEB+)

B. Ferrer^a, A. Martínez^b, C. Vázquez^a, G. Aparicio^c, S. Díaz^a, T. Repiso^c, V. García Patos^c y S. Ramón y Cajal^a

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Barcelona. ^cServicio de Dermatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Varón de 81 años, inmunocompetente, con historia de prurito generalizado desde hacía 7 años que consulta por presentar 3-4 pápulas

de 4-6 mm, poco infiltradas en zona pre-esternal. Se realizó un punch-biopsia de una de ellas que mostró un denso infiltrado linfocitario superficial constituido por una población uniforme de células grandes atípicas con numerosas figuras de mitosis, apoptosis y focos de necrosis tumoral. Se observó un escaso componente reactivo acompañante compuesto por linfocitos pequeños, histiocitos y células plasmáticas. El estudio inmunofenotípico mostró positividad de las células atípicas para CD20, CD79a, Bcl-6, IRF4/MUM1 y CD30 con un elevado índice proliferativo (90%). También se observó expresión de genes de latencia del VEB como EBER (CISH-EBV) y la proteína latente de membrana LMP1. EBNA2 fue negativo demostrando una latencia tipo II. El estudio molecular demostró clonalidad en la región FR2 del gen de las inmunoglobulinas. Se le realizó un PET-TAC que descartó afectación sistémica por lo que realizó tratamiento con corticoides tópicos únicamente. Los síndromes linfoproliferativos B VEB+ asociados a la edad han sido descritos recientemente y se han incluido como entidad provisional en la clasificación de la OMS de 2008. Suelen tener un curso clínico agresivo con frecuente afectación extranodal y una supervivencia media de 24 meses. Antes de realizar dicho diagnóstico deben excluirse otras entidades como la granulomatosis linfomatoide, infección crónica por el virus de EBV, linfoma de Hodgkin o un LBDCG EBV+ asociado a inmunosupresión, entre otras.

3. LINFOMA CUTÁNEO MARGINAL IGG4 CON INFILTRADO CELULAR ACOMPAÑANTE CON RASGOS DE ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN

C. Santonja^a, C. Medina^a, S. Machan^b, M. Rodríguez Pinilla^a, J.M. Suárez Peñaranda^c y L. Requena^b

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Los linfomas marginales (segundo grupo en frecuencia dentro de los linfomas cutáneos primarios de fenotipo B, tras el linfoma centrofoliolar) se diferencian del resto de linfomas MALT por la frecuente expresión de cadenas pesadas con cambio de isotipo, por mostrar un microambiente de linfocitos T Th2 y -según se ha descrito recientemente- porque las células tumorales son positivas para IgG4 en un

número elevado de casos (40%). Se pueden observar también infiltrados de células plasmáticas IgG4 en la plasmacitosis cutánea y en la afectación cutánea por las enfermedades de Rosai-Dorfman y la enfermedad sistémica autoinmune relacionada con IgG4. Presentamos el caso de una mujer de 82 años con tres placas y nódulos violáceos infiltrados en brazo izquierdo y espalda de varios meses de evolución, sin otra sintomatología. Histológicamente se observaba una afectación nodular por cúmulos de linfocitos, con células plasmáticas e histiocitos de abundante citoplasma, con imágenes de emperipolesis. En el estudio inmunohistoquímico predominaban linfocitos B (con colonización de centros germinales en los nódulos), y las células plasmáticas eran monoclonales y expresaban IgG e IgG4 (más de 200 en un campo de gran aumento). Se detectó reordenamiento B por PCR. Los histiocitos eran positivos para S-100, CD68 y bcl-6. No se encontró evidencia de afectación sistémica ni de enfermedad IgG4. En este caso coinciden en la misma lesión un linfoma marginal cutáneo (positivo para IgG4, como el 40% de los estudiados recientemente) y un infiltrado inflamatorio con rasgos de enfermedad de Rosai-Dorfman, asociación que no hemos encontrado en la literatura.

4. PSEUDOLINFOMA POLIPOIDE ANGIOMATOIDE RICO EN CÉLULAS T

R. Fúnez Liébana^a y A. Sanz Trellez^b

^aAgencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^bHospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Presentamos un caso de pseudolinfoma polipoide angiomatoide rico en células T en un mujer de 34 años, sin antecedentes clínicos de interés, que consultó por una lesión polipoide en escote, que clínicamente fue diagnosticada como granuloma piogénico. El estudio histológico mostraba una lesión de aspecto polipoideo sésil con presencia de collarete epidérmico e intenso infiltrado dérmico, que dejaba una zona libre en dermis papilar (zona Grenz). El infiltrado estaba constituido por abundantes linfocitos T con atipia moderada, muy escaso linfocitos B, algunas células plasmáticas e histiocitos, no siendo difícil observar figuras de mitosis. Se observaban, así mismo, abundantes vasos con células endoteliales prominentes. Los linfocitos T expresaban CD3, CD4 y CD8, predominando estos último. Se realizó técnica de PCR para estudio de reordenamientos de TCR gamma con resultado no clonal. Esta entidad fue descrita en 2011 por JF Dayrit et al. Comparte hallazgos con el angioqueratoma acral pseudolinfomatoso infantil, pero presentan claras diferencias clínicas, ya que este último se localiza preferentemente en zona acral, en niños y presenta lesiones múltiples, papulares o en placas con infiltrado linfocitario mezcla de células B y T, peor definido que el pseudolinfoma polipoide angiomatoide. Este se presenta como lesiones únicas, polipoide, en personas adultas con claro predominio de mujeres. La evolución de los casos estudiados ha sido benigna, sin recidivas por lo que parece tratarse de un proceso reactivo, que debe ser distinguido, sobre todo de linfomas cutáneos de bajo grado.

Bibliografía

Dayrit JF, et al. T-cell-rich angiomatoid polypoid pseudolymphoma of the skin: a clinicopathologic study of 17 cases and a proposed nomenclature. *J Cutan Pathol*. 2011;38:475-82.

5. SARCOMA DE EWING EXTRAESQUELÉTICO/TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PERIFÉRICO CUTÁNEO (TNPPC)

D. Castillo, N. López, L. Ferrándiz, D. Moreno y J.J. Ríos Martín
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La nueva clasificación de tumores de partes blandas de la OMS (2013) integra el TNPPC en el sarcoma de

Ewing, incluyendo en este grupo de neoplasias malignas un amplio espectro de diferenciación neuroectodérmica, razón de las clasificaciones anteriores. Todas ellas comparten la misma anomalía cromosómica corroborando que se trata de la misma entidad.

Caso clínico: Varón de 19 años, con antecedentes de retraso madurativo, que consultó por una tumoración localizada en la región pectoral derecha de 2 años de evolución. Sin embargo, la lesión experimentó un crecimiento brusco durante los 2 últimos meses hasta alcanzar un tamaño de 7 cm de diámetro máximo. Se trataba de un tumor eritemato-violáceo, de consistencia blanda, no adherido a planos profundos. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica mostró una neoplasia exofítica, de localización subcutánea y márgenes circunscritos, con superficie epidérmica parcialmente ulcerada. Estaba constituida por una proliferación difusa de células pequeñas de núcleos hipercromáticos, nucléolos visibles, y escaso citoplasma claro (PAS positivo). No se observaron rosetas de Homer-Wright ni de Flexner-Wintersteiner. En algunas áreas, las células neoplásicas se disponían con un patrón lobular, con septos de tejido conectivo y amplias áreas de necrosis que afectaban a más del 50% de la superficie tumoral. La actividad proliferativa era elevada (10 mitosis/CGA y ki67 > 90%). Fueron positivos los siguientes marcadores inmunohistoquímicos: CD99, vimentina y PGP, y negativos: miogenina, sinaptofisina, pancitoqueratina, CK20, AML, CD57 y S100. El análisis citogenético detectó la translocación 22q12 mediante la sonda LSI EWRL, lo cual junto con los hallazgos anteriores confirmó el diagnóstico de TNPPC.

6. ERITEMA NECROLÍTICO MIGRATORIO

J. Cuevas Santos^a, C. Perna Monroy^a, E. García Fernández^a, A. Candia Fernández^a, M. Lorente Luna^b y E. Jiménez Blázquez^b

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: El eritema necrolítico migratorio se incluye entre los síndromes paraneoplásicos mucocutáneos; se vincula principalmente con el glucagonoma aunque también se manifiesta en pacientes sin dicho tumor. Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico clínico e histopatológico de eritema necrolítico migratorio asociado a un tumor pancreático.

Caso clínico: Paciente mujer de 73 años con diarrea, glositis, diabetes, anemia normocítica normocrómica que presenta en abdomen, pliegues inguinales y glúteos placas eritematosas, confluentes, bien delimitadas, con borde elevado de patrón circinado cubierto por escama fina blanquecina, algunas con resolución central. Tras el estudio clínico e histológico de las lesiones de piel, un TAC demostró una masa pancreática que fue extirpada con remisión posterior de las lesiones cutáneas. El diagnóstico de la masa pancreática fue de glucagonoma.

Histopatología: Piel con de paraqueratosis y áreas de necrosis superficial de la epidermis y presencia de hendiduras superficiales como consecuencia de la necrosis superficial. Destaca la existencia de marcada palidez de los queratinocitos medios y superficiales con focos de exocitosis neutrofílica y en ocasiones, micropústulas a nivel superficial. En la dermis superficial se observan infiltrados linfocitarios perivasculares, algunos neutrófilos, signos de púrpura y ausencia clara de vasculitis. Los hallazgos histológicos son muy compatibles con el cuadro de dermatosis carenciales entre las que se encuentran entidades como Acrodermatitis enteropática, Pelagra, Enfermedad de Harnutp, Kwashiorkor (déficit nutricional) y Eritema necrolítico acral. Los hallazgos histológicos y la imprescindible correlación clínico-patológica permiten un diagnóstico final.

7. EPITELIOMA BASOCELULAR CON DIFERENCIACIÓN MIOEPITELIAL

F. Pinedo Moraleda^a, M.D. Caro Gutiérrez^b, R. Gamo Villegas^b, V. Yuste del Pozo^a, M.A. Cabezas Quintario^a, P. Gómez Iglesias^a, E. García García^a, L. Ascanio Armada^b, X. Rodríguez Vasquez^b, A. Pampín Franco^b y J.L. López Estebanz^b

^aUnidad de Anatomía Patológica; ^bUnidad de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Caso clínico: Mujer de 38 años que consulta en mayo de 2013 por una lesión papulosa de 0,55 cm en zona preauricular izquierda, de tres meses de evolución. La biopsia muestra una tumoración descendente de la epidermis, con un componente superficial constituido por nidos de células basaloides, con empalizada periférica, frecuentes mitosis y ocasionales apoptosis y alguna hendidura de retracción. Existe un componente profundo cuyos nidos muestran una transición desde células basaloides a plasmocitoides de citoplasma amplio, eosinófilo, con núcleo excéntrico. Se identifica ligera mucina entre las células de algunos nidos. La neoplasia expresa AE1/AE3, Cam-5.2, Ber-EP4 y bcl2, tanto en los nidos de aspecto convencional como en las células plasmocitoides. Estas últimas, además, muestran positividad para actina (1A4, HHF-35), con negatividad para desmina, EMA, GFAP y S-100.

Diagnóstico anatomopatológico: Epitelioma basocelular (EBC), con diferenciación mioepitelial (DME). El EBC se origina a partir de células madre pluripotenciales de la capa basal epidérmica y de los folículos pilosebáceos. Probablemente por ello pueden encontrarse numerosos ejemplos de diferenciación divergente. La DME en los EBC es rara, habiéndose publicado hasta el momento 14 casos en la literatura inglesa, todos ellos localizados en la cara y con expresión variable para distintos marcadores de células mioepiteliales. Esta neoplasia debe distinguirse de los tumores mixtos benignos cutáneos, de los mioepiteliomas, de los melanomas y de la variante de células plasmocitoides del carcinoma epidermoide. Las claves residen en la presencia de zonas convencionales de EBC, la empalizada nuclear en la periferia de algunos nidos, y la mucina extracelular

8. PLACA LINFOPLASMOCÍTICA DE LA INFANCIA

J.C. Pascual^a, M. Niveiro^b, A. Bouret^a, J. Bañuls^a e I. Betlloch^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. España.

La placa linfoplasmocítica de la infancia es una entidad clínicopatológica emergente, caracterizada por pápulas y placas localizadas en las extremidades. Describimos el caso de un niño de 18 meses de edad, que acudió a consulta por una placa de coloración rojo-marrón, de 2 x 3 centímetros de diámetro, localizada en su tobillo izquierdo y de 6 meses de evolución. El paciente no mostraba ningún otro dato destacable ni en la exploración física, ni en el hemograma ni en la bioquímica sanguínea. El examen histológico mostró focos de paraqueratosis con acantosis irregular de la epidermis y un denso infiltrado inflamatorio en dermis superficial y media. Este infiltrado se disponía en banda, perivascular y perianexial y estaba compuesto por linfocitos y abundantes células plasmáticas. También se observaba exocitosis de linfocitos y una proliferación de vasos verticalizados con un endotelio prominente. La tinción para cadenas ligeras de inmunoglobulinas fue policlonal, y todas las tinciones, cultivos y serologías para descartar infecciones fueron negativos. Se discute la existencia de esta entidad y su relación con procesos pseudolinfomatosos (APACHE).

Bibliografía

Fried I, Wiesner T, Cerroni L. Pretibial lymphoplasmacytic plaque in children. Arch Dermatol. 2010;146:95-6.
Porto DA, Sutton S, Wilson JB, Scupham RK, Stone MS, Liu V. Lymphoplasmacytic plaque in children: a report of two new cases with review of the literature. J Cutan Pathol. 2013;40:50-5.

9. CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS INTRAEPIDÉRMICAS: UN NUEVO SIGNO HISTOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DERMATITIS ARTEFACTAS AMPOLLOSAS

J.M. Mascaró Galy^a, V. Expósito Serrano^{b,c}, A. Vicente Villa^a, M. Suñol Capella^d, M.A. González Enseñat^e, A. Azón Masoliver^e y J. Palou Aymerich^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Clínic. Barcelona. ^bHospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. ^cHospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. ^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España. ^eServicio de Dermatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona. España.

La dermatitis artefacta (DA) es un proceso caracterizado por la aparición de lesiones cutáneas inusuales provocadas por el propio paciente o por sus padres o cuidadores. El diagnóstico puede ser un auténtico reto, porque a menudo estos niegan el haberse provocado las lesiones, o el mecanismo. Una de las formas de DA es la ampollosa en la que los pacientes provocan lesiones mediante diversas "técnicas" que incluyen la aplicación de sustancias químicas, corriente eléctrica, o diferentes fuentes de calor o de frío. En estos casos el examen histopatológico puede aportar datos importantes al mostrar ampollas subepidérmicas con escasa reacción inflamatoria y con necrosis parcial o completa de la epidermis. Otros datos útiles pueden ser la alineación vertical de los núcleos de los queratinocitos, o la homogeneización de las fibras de colágeno de la dermis superficial. Presentamos aquí los casos de 2 niñas de 9 años con brotes repetidos de DA ampollosa en las que la histología mostró la presencia de células gigantes multinucleadas intraepidérmicas. En uno de los casos se pudo averiguar (a los 2 años) que era provocada mediante un desodorante en aerosol. La otra paciente nunca confesó haberse provocado las lesiones, y el hallazgo histológico hizo sospechar un eritema polimorfo postherpético. Este hallazgo histológico se ha descrito recientemente en la literatura en otro caso de DA, y creemos que es importante que los dermatólogos conozcan este fenómeno dado que puede ayudar en el diagnóstico. Al mismo tiempo no debe confundirse con una infección vírica, evitando tratamientos médicos innecesarios.

Bibliografía

Winters C, Machan M, Liu D, Fraga GR. Multinucleated giant cells in factitial dermatitis. J Cutan Pathol. 2013;40:205-8.

10. CARCINOMA DUCTAL IN SITU SOBRE NEVUS SEBÁCEO

M. Llamas Velasco^a, Y.C. Pérez González^a, A. Rütten^b y L. Requena^c

^aHospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid. España. ^bDermatopathologie Friedrichshafen. Friedrichshafen. Alemania. ^cFundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma ductal "in situ" es una proliferación de células epiteliales mamarias con las características de las células ductales. Presentamos dos casos de carcinoma ductal in situ originados en las glándulas apocrinas asentando sobre un nevus sebáceo.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 44 años con una neoplasia compuesta de elementos ductales multicapa con una celularidad monomorfa y orientación polar de los núcleos. Inmunohistoquímicamente (IHQ), las células tumorales fueron positivas para CAM 5.2 y CK7. Caso 2: mujer de 67 años que presentaba una facomatosis pigmentotérica, caracterizada por la ocurrencia simultánea de un nevus sebáceo y un nevus pilus. La biopsia de una placa eritematosa malar de reciente aparición sobre su nevus sebáceo mostró un tumor ductal formado por células epiteliales monomorfas de citoplasma eosinófilo y finamente granular con núcleos aumentados de tamaños. Se observaba un grado de pleomorfismo nuclear ligero y nucléolos evidentes. La IHQ se observaba positividad para CK-7 y

GCDP-15, negatividad para mamaglobina y un bajo índice proliferativo con Ki67. En ambos casos, la tinción con actina mostró la preservación de una capa de células mioepiteliales. Nuestros casos son peculiares por varios motivos: 1) la escasa frecuencia de malignidad sobre nevus sebáceo (estimada como inferior al 0,1%), 2) porque las lesiones similares a DCIS mamario han sido descritas sobre todo en piel vulvar y, hasta donde hemos revisado, no han sido descritas previamente sobre nevus sebáceo.

11. DERMATOFIBROMAS ERUPTIVOS MÚLTIPLES ASOCIADOS AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. García Baldoví^a, V. Alegre^{a,b} y J. Garcías Ladarias^a

^aServicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ^bUniversitat de València. España.

Los dermatofibromas eruptivos múltiples (DFEM) constituyen una entidad clínica infrecuente que consiste en la aparición de varias lesiones en un corto espacio de tiempo. Los DFEM pueden asociarse a enfermedades subyacentes, sobre todo a enfermedades autoinmunes en tratamiento con fármacos inmunosupresores (sobre todo lupus eritematoso sistémico, donde se han objetivado hasta un 46% de casos) y a infección VIH, pero también se han descrito DFEM en pacientes sanos y en casos familiares. Presentamos el caso de un varón de 37 años, VIH en estadio C3 con cirrosis hepática asociada a una hepatitis C. Remitido de la unidad de Enfermedades Infecciosas para valoración de múltiples lesiones hiperpigmentadas en las extremidades de aparición súbita, que sugerían un sarcoma de Kaposi. A la exploración física de observaban 10 tumoraciones de color marrón rojizo, de tamaños comprendidos entre 2 y 5 mm de diámetro, localizadas de forma bilateral en ambos miembros inferiores. Algunas mostraban una depresión característica de la piel suprayacente a la compresión lateral. La imagen dermatoscópica consistía en una estructura blanquecina central de bordes irregulares rodeada de un retículo estriado marrón claro. El examen histológico de una de las lesiones del muslo izquierdo mostraba un nódulo dérmico mal delimitado, formado por histiocitos y abundante proliferación de fibroblastos entre haces gruesos de colágeno. La epidermis suprayacente era acantósica y papilomatosa con cierta proliferación basaloide pigmentada, Factor XIIIa+pos, CD34-neg, HHV8 -neg. Con los datos clínicos e histológicos llegamos al diagnóstico de DFEM. Los DFEM aunque es una entidad poco común, pueden ayudarnos al diagnóstico precoz de enfermedades autoinmunes o de situaciones de inmunosupresión al asociarse en algunas ocasiones a enfermedades subyacentes.

12. QUERATOSIS LIQUENOIDE CRÓNICA: UNA ENFERMEDAD CON ENTIDAD PROPIA

M.J. Beato^a, N. Hernández Cano^b y C. Vidaurrázaga^b

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario "La Paz". Madrid. España.

Desde la descripción de la hoy llamada *queratosis liquenoide crónica* por M. Kaposi en 1886 y 1895, la existencia de esta enfermedad ha sido muy debatida, ya que en la literatura no solamente hay muy pocos casos descritos, sino que además muchos de ellos parecen en realidad manifestaciones de otras enfermedades como el lupus eritematoso, el liquen plano o el liquen simple crónico. La mayor clarificación del tema la realizó A. Böer en 20051, cuando tras una exhaustiva revisión de todos los casos publicados hasta entonces, abogó por la existencia de esta entidad, de la cual describió unas alteraciones clínicas e histológicas características y únicas. Detallamos las manifestaciones de esta enfermedad mediante el caso de una mujer de 38 años aquejada de ella. La mayor peculiaridad es la clínica, que consiste en brotes recurrentes de pequeñas pápulas asintomáticas generalizadas, que en la cara se asemejan a la der-

matitis seborreica, y que en el tronco y en las extremidades se distribuyen con un patrón lineal o reticular. Las pápulas son queratósicas, están erosionadas o son comedonianas. Los hallazgos microscópicos también son característicos, pero muy variables según la lesión biopsiada. En general, hay un infiltrado linfocitario liquenoide parcheado en la epidermis, pero con gran afinidad por los infundíbulos y acrosiringios; el infiltrado produce alteración vacuolar y queratinocitos necróticos. Asimismo, hay diferencias añadidas según el tipo de pápula: cuando esta es queratósica la epidermis es acantósica y con placas de paraqueratosis, cuando la pápula está erosionada la epidermis es atrófica, y cuando la pápula es comedoniana hay un tapón de queratina en el infundíbulo o acrosiringio. Esta enfermedad, que solo se ha descrito en adultos, afecta por igual a hombres y mujeres. Su causa es desconocida. El curso es crónico, y solo responde parcialmente a tratamientos como el PUVA, los retinoides y los corticoides.

Bibliografía

Böer A. Keratosis lichenoides chronica: proposal of a concept. Dermatopathol. Pract & Concept. 2005;11:4.

13. TUMOR PLEOMÓRFICO ANGIECTÁSICO HIALINIZANTE (TPAH) DE TEJIDOS BLANDOS DEL PÁRPADO

V. Traves^a, I. Machado^a, J. Cruz^a, B. Llombart^b, C. Requena^b y O. Sanmartín^b

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

El tumor pleomórfico angiectásico hialinizante (TPAH) es un tumor raro de los tejidos blandos que habitualmente se localiza en las extremidades o en el tronco. Se trata de un tumor de histogénesis discutida que no metastatiza pero que puede recidivar localmente. Tiene una histología bastante característica y la inmunohistoquímica puede ayudar en su diagnóstico. Nosotros presentamos el caso excepcional de un TPAH localizado en el tejido subcutáneo del párpado en un varón de 50 años. El diagnóstico clínico de sospecha fue de lipoma. El tumor se extirpó en su totalidad con márgenes libres y el estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de Tumor pleomórfico angiectásico hialinizante. Este caso nos parece interesante porque el TPAH es un tumor raro que el patólogo y también el dermatólogo deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores pleomórficos y/o mixoides subcutáneos y de partes blandas. Futuros estudios morfológicos y moleculares pueden aportar nuevos datos sobre su naturaleza.

14. PANICULITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

P. Martín Cuevas^a, N. López Navarro^a, E. Gallego Domínguez^b, E. Herrera Acosta^a, K. Dryk^a y E. Herrera Ceballos^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: La paniculitis de células plasmáticas es una inflamación focal del tejido celular subcutáneo poco frecuente, asociada, en la mayoría de los casos, a enfermedades del tejido conectivo como esclerodermia, morfea, polimiositis, etc., o más raramente a síndrome de Sjögren.

Caso clínico: Mujer de 57 años, con diagnóstico de síndrome de Sjögren, que consulta por lesiones cutáneas dolorosas en forma de placas eritematovioláceas a nivel de nalgas y cara anterior de piernas. La biopsia de la lesión mostró un infiltrado linfoplasmocitario a nivel superficial y profundo, con predominio de células plasmáticas, de disposición perivascular y en lobulillos, adipocitos necróticos, sin vasculitis. Las células plasmáticas expresaban cadenas kappa y lambda. La inmunofluorescencia directa fue negativa. El estudio anatomopatológico fue compatible con paniculitis lobulillar

de células plasmáticas. El tratamiento combinado con corticoides sistémicos, hidroxilcloroquina y tacrólimus tópico, así como metotrexato y triamcinolona intralesional mejoraron las lesiones, persistiendo zonas de lipoatrofia en las lesiones de paniculitis previas.

Conclusiones: La paniculitis asociada al Síndrome de Sjögren es una manifestación cutánea poco frecuente. La clínica normalmente consiste en placas dolorosas eritematosas en extremidades inferiores distribuidas de forma simétrica. El estudio anatomopatológico revela un infiltrado linfoplasmocitario perivascular superficial y profundo y alrededor de glándulas eccrinas, que junto con otros hallazgos hace compatible el diagnóstico de paniculitis lobulillar de células plasmáticas. La presencia de lesiones cutáneas compatibles con paniculitis junto con el antecedente de colagenosis debe hacer pensar en esta entidad. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico.

15. NÓDULOS SUBCUTÁNEOS EN PACIENTE CON EOSINOFILIA SEVERA

T. de Zulueta Dorado, A. Pulpillo Ruiz y A. Sanz Trelles

UGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Paciente de 10 años de edad con antecedentes personales de bronquitis y rinitis alérgica, ingresada por síndrome constitucional con eosinofilia severa, IgE de 2169 KU/L y derrame pericárdico. Presenta nódulos subcutáneos no dolorosos de 1,5 meses de evolución, de aparición rápida, en costado izquierdo, hombro derecho, dorso de pie izquierdo y cara dorsal de falanges proximales de ambas manos. Se realiza biopsia del nódulo costal y se visualizan, a nivel profundo, granulomas constituidos por una zona central de colágeno degenerado con detritus celulares, rodeada por histiocitos en empalizada, células multinucleadas, y abundantes eosinófilos. Se realiza el diagnóstico de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEP- Churg Strauss) y se trata con prednisona a altas dosis y bolos de ciclofosfamida. Cuatro años después la paciente está asintomática. La GEP es una vasculitis de pequeño/mediano vaso cuyo diagnóstico se basa en una adecuada correlación clinicopatológica, con el cumplimiento de cuatro de los siguientes criterios según el Colegio Americano de Reumatología (ACR): Asma, eosinofilia superior al 10%, mononeuropatía, infiltrados pulmonares no fijos, afectación de senos paranasales y biopsia con presencia de granulomas extravasculares. La afectación cutánea es frecuente (superior al 70%) y variada (petequias, púrpura palpable, nódulos subcutáneos, urticaria, livedo reticularis y lesiones pápulo-necróticas). Ocurre sobre todo en varones entre los 30-40 años, y la afectación en niños es rara. El tratamiento está basado en glucocorticoides asociados o no a otros inmunosupresores y el pronóstico es favorable con baja mortalidad por complicaciones sistémicas.

16. CONDROSARCOMA MESENQUIMAL VS MELANOMA CON DIFERENCIACIÓN CONDROIDE

V. Velasco^a, J. Gardeazabal García^b e I. Guerra Merino^c

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Txagorritxu. Vitoria. España.

Mujer de 84 años, diagnosticada en 2007 de Melanoma Maligno (en otro centro) y en 2010 de Condrosarcoma Mesenquimal, ambas lesiones en pierna izquierda. Actualmente presenta múltiples adenopatías, con dos nódulos subcutáneos; en pared abdominal y en brazo. Estos últimos son dolorosos, por lo que se decide extirpación planteando el diagnóstico diferencial entre los dos tumores previos. Se recibe una cuña de piel y tejido subcutáneo del brazo, con un nódulo de 3,5 cm. Histológicamente encapsulado, con células atípicas,

de núcleos variables o vesiculosos, con citoplasma eosinófilo mal definido. Las células tienen crecimiento desordenado, a veces en torno a ejes vasculares. Llama la atención que entre las células se aprecia estroma basófilo-fibrilar, de aspecto mixoide-condroide. Con inmunohistoquímica las células son positivas para S-100 y Vimentina, siendo negativas: Melan A, HMB45, MITF1 y AE1/AE3. Dado el diagnóstico previo de Condrosarcoma Mesenquimal, la presencia de estroma mixoide y la negatividad del tumor para HMB45 y Melan A, se interpreta como metástasis de éste. Se procede a revisar la muestra previa y tiene la misma morfología. El Melanoma Maligno (del cual se consiguen HE), tenía patrón convencional. Sin embargo, no se logra identificar ningún foco de cartilago maduro en las muestras, criterio en principio indispensable para el diagnóstico, y se hace estudio por FISH para EWS1 que resulta negativo. Por otro lado, existen Melanomas que únicamente son S-100 positivos, entre ellos el Melanoma con diferenciación cartilaginosa. Añadiendo estos datos al caso, unidos a la clínica, el diagnóstico más acertado corresponde a Melanoma.

17. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO

L. Serrano Munné, N. de la Ossa, J. Álvaro, M.A. Toro y M.T. Fernández Figueras

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

El Sarcoma Pleomórfico dérmico (SPD) es una proliferación mesenquimal centrada en la dermis morfológicamente similar al Fibroxantoma Atípico (FXA), diferenciándose de éste por presentar fenómenos de invasión perineural o linfovascular, infiltración del tejido subcutáneo y áreas significativas de necrosis tumoral. Presentamos el caso de un varón de 81 años, sin antecedentes patológicos de interés, al que se biopsia una tumoración de dos años de evolución en cuero cabelludo, con el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular. El punch de la lesión muestra una proliferación mesenquimal pleomórfica (inmunofenotipo: CD10+, p63- y S100-) con células gigantes multinucleadas, intensa atipia y mitosis, que se diagnostica como "Compatible con FXA". Se realiza la exéresis completa de la lesión, en cuyo estudio histológico observamos una proliferación idéntica a la de la biopsia previa pero detectándose invasión focal tumoral del tejido subcutáneo e invasión perineural, llegándose al diagnóstico de SPD. El paciente no ha presentado recidiva de la lesión hasta la fecha. A raíz de este caso, decidimos revisar otros seis sarcomas pleomórficos diagnosticados en nuestro hospital. Dado que el curso clínico del SPD es más agresivo que el del FXA, es importante realizar el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades y es recomendable esperar a la exéresis completa de la lesión para establecer un diagnóstico definitivo.

18. MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA CON INMUNOFENOTIPO CITOTÓXICO

I. Gómez Martín^a, F. Gallardo^a, D. López Aventín^a, M. García^b, A. Salar^c, C. Grau Salvat^d, A. Azón^d y R.M. Pujol^a

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Patología; ^cDepartamento de Hematología Clínica. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona. España.

Mujer de 36 años, natural de Rusia, sin antecedentes patológicos de interés presenta una placa eritematosa infiltrada en la región malar derecha que ha progresado en los últimos 3 años. En la exploración física se observaba un tumor de superficie eritematodescamativa de 7 x 8 cm de diámetro en la zona malar derecha y múltiples maculo-placas eritematosas no infiltradas de 1-2 cm en el tronco y las extremidades. No adenopatías periféricas ni visceromegalias palpables.

Exploraciones complementarias: 1) Biopsia cutánea del tumor malar derecho: infiltrado linfoide atípico de células de tamaño pequeño-intermedio, denso en todo el espesor de la dermis, epidermotropo y foliculotropo, CD3(+), CD5(+), CD8(+), CD56(+), TIA-1(+), CD7(-), CD4(-), CD30(-), EBER(-). Reordenamiento del gen de las cadenas gamma y beta del TCR: clonalidad. PCR HTLV-I negativa. 2) Biopsia cutánea de una placa del brazo: hallazgos histopatológicos similares a la biopsia malar derecha. Pico clonal en el estudio de reordenamiento del TCR coincidente con el pico clonal observado en la biopsia del tumor facial. 3) Analítica de sangre: bioquímica general y hemograma correctos, LDH 333 (normal: 150-450), beta 2-microglobulina 1,34 (normal: 0-2,45), serología VIH negativa. 4) TAC cuello-tórax-abdomen-pelvis: no adenomegalias ni organomegalias. 5) Biopsia médula ósea: sin alteraciones. La paciente ha recibido tratamiento con bexaroteno oral (150 mg/8 h), PUVA y radioterapia local sobre el tumor malar derecho, alcanzando la regresión completa de la lesión tumoral malar derecha y el control de las lesiones del tronco.

19. LINFOMA FOLICULAR PRIMARIO CUTÁNEO CON MUCINOSIS FOLICULAR

M.C. Garrido^a, E. Riveiro^a, L. Maroñas^b, C. Postigo^b
y J.L. Rodríguez Peralto^a

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. I+12. Madrid. España.

La mucinosis folicular es un patrón de reacción tisular que se caracteriza por material mucinoso en las unidades foliculo-sebáceas. Clásicamente, se han descrito dos variantes: una forma idiopática, mucinosis folicular primaria, y una forma secundaria, por lo general en relación con linfomas de células T, especialmente con la micosis fungoide. Presentamos el primer caso de un linfoma B primario cutáneo folicular con mucinosis folicular. Un varón de 61 años de edad, con 7 años de historia de linfoma marginal primario cutáneo, presenta actualmente múltiples pápulas de color piel milimétricas y pruriginosas con un patrón folicular en el pecho, espalda y extremidades superiores. No presenta síntomas constitucionales. Se toman dos biopsias cutáneas de las lesiones que muestran un linfoma folicular asociado con mucinosis folicular. La mayoría de los linfomas cutáneos primarios generalmente se distinguen por los hallazgos histopatológicos. El tropismo folicular y la degeneración mucinosa se asocian generalmente con la micosis fungoide, pero también se han reportado casos aislados de enfermedad de Hodgkin y de leucemia linfocítica crónica. Nuestro caso revela que las características arquitecturales a veces pueden ser engañosas y pone de relieve la importancia de los estudios inmunofenotípicos adicionales para apoyar el diagnóstico.

20. ENFERMEDAD DE KIMURA: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA

N. Rivera Ruiz^a, M. Fernández Figueras^b, M. Toro Montecinos^a, J. Atmella Valmaña^c y J. Bassas Vila^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Patología; ^cServicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

La enfermedad de Kimura es un proceso inflamatorio crónico, raro en occidente pero endémico en algunos países orientales. Clínicamente suele presentarse como uno o varios nódulos subcutáneos, habitualmente laterocervicales, que a menudo se acompañan de adenopatías y afectación de glándulas salivales. Se han descrito también casos excepcionales de Síndrome nefrótico por afectación

renal. La sintomatología sistémica con fiebre y mal estado general es muy poco frecuente. En la analítica suelen detectarse valores elevados de IgE y eosinofilia periférica. Histológicamente consiste en una hiperplasia linfoide rica en eosinófilos y vénulas postcapilares tipo vénulas de "endotelio alto" con esclerosis estromal. Suelen observarse los folículos linfoides grandes con centros germinales reactivos que contienen material proteináceo y un manto bien formado. Los infiltrados de eosinófilos son densos, a veces forman microabscesos y pueden extenderse a los folículos. El diagnóstico se basa en la correlación clínicopatológica. Nosotros presentamos 3 casos que hemos visto recientemente, revisamos su histopatología centrándonos en el diagnóstico diferencial, la asociación con otras patologías y los tratamientos realizados.

21. DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE *TINEA CAPITIS*

J.R. Estela^a, M. García Baldoví^a, V. Alegre^{a,b}, J. Garcías^a
y J. Sánchez-Carazo^a

^aConsortio Hospital General Universitario. Valencia. ^bUniversitat de València. España.

Se presenta el caso de una paciente de 32 años que consultó por distrofia ungueal de varios meses de evolución y alopecia en región temporal izquiera. Se realizó una biopsia de cuero cabelludo que mostró la presencia de artroconidias en el tallo del pelo. El examen con microscopio de epiluminiscencia mostro intensa autofluorescencia de las artroconidias en muestras procesadas con hematoxilina eosina de forma rutinaria. Ante la marcada positividad tras el examen de inmunofluorescencia se estudiaron 25 biopsias del archivo, diagnosticadas de dermatofitosis con hematoxilina y eosina y tinción de PAS y se procedió a su estudio con un microscopio de epiluminiscencia. Se incluyeron tiñas tricofíticas y de piel lampiña. El estudio histológico mostro foliculitis y perifoliculitis en 6 casos, Perofoliculitis granulomatosa en 5 casos, dermatosis pustular subcornea en 6 casos y dermatitis psoriasiforme en 8 casos. En 21/25 casos la tinción de PAS mostro positividad bien en los folículos o en la capa córnea, en dos casos el PAS fue dudoso. El examen con epiluminiscencia mostro la presencia de hifas y esporas en 23/25 casos, incluyendo los dos casos PAS negativos y los dos dudosos. El examen con fluorescencia en los casos estudiados muestra una sensibilidad discretamente superior entre el estudio con HxE y la tinción de PAS, permitiendo visualizar la distribución de las hifas en las diferentes estructuras cutáneas.

Comunicaciones

1. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO B DE LA ZONA MARGINAL (SALT): ESTUDIO DE 16 PACIENTES

A. Panizo^a, A. Córdoba^a, C. Llanos Chávarri^a, R. Santesteban^b, T. Tuñón^a, M.L. Álvarez^a, J. Mitxelena^b y J.L. Yanguas^b

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra A. España.

Introducción: El linfoma cutáneo primario B de la zona marginal o SALT forma parte del amplio grupo de linfomas de la zona marginal extranodales. Supone un 2% del total de linfomas cutáneos. Es el linfoma B primario de piel más frecuente.

Material y métodos: Presentamos una serie de 35 biopsias cutáneas de 16 pacientes diagnosticados de SALT. Se evaluaron las siguientes variables: clínica, patrón morfológico, IHQ y clonalidad.

Resultados: Se trata de 11 varones y 5 mujeres (2,2:1), con edad media al diagnóstico de 48,3 años (26-85). Se presentaron como: nódulo (7 casos), pápula (5 casos) o placa (4 casos). Lesión única (12 casos; 75%) y 4 casos (25%) múltiple. La localización más frecuente fue en tronco (8 casos; 50%), seguido de EESS (5 casos; 31,3%) y cabeza (3 casos; 18,8%). Todos los casos estaban constituidos por una población celular heterogénea de linfocitos B maduros, "centrocitos-like", lesión linfoepitelial (4 biopsias) y folículos linfoides reactivos en 9 (25,7%). En 30 biopsias se observó la presencia de grupos de células plasmáticas y células dendríticas plasmocitoides CD123. El patrón histológico fue: perivascular/perianexial-nódulos pequeños en 25 biopsias (71,4%), o difuso-nódulos grandes confluentes en 10 biopsias (28,6%). Ocho casos (50%) mostraron clonalidad. Ocho pacientes (50%) presentaron recidiva tumoral cutánea, uno de ellos con transformación a un linfoma difuso B de célula grande y 1 caso con afectación extracutánea (mama). 12 pacientes están libres de enfermedad y 4 presentan enfermedad.

Conclusiones: Los SALT son linfomas B cutáneos de células pequeñas que presentan un marcado polimorfismo histológico, dos patrones (perivascular y nodular). El pronóstico es excelente a pesar de frecuentes recidivas, rara diseminación extracutánea y destacar un caso que progresó a Linfoma difuso B- tipo pierna. Se han propuesto nuevas formas de tratamiento.

2. MUCINOSIS FOLICULAR REACTIVA NO ASOCIADA A PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS. ESTUDIO DE 13 CASOS

A. Santos-Briz Terrón, J.M. Mir Bonafé, J. Cañueto, C. Román Curto y E. Fernández López

Departamento de Anatomía Patológica; Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La mucinosis folicular (MF) es un patrón lesional histopatológico que consiste en el depósito de material mucinoso en el infundíbulo folicular. Con frecuencia se asocia a procesos linfoproliferativos cutáneos ya sea en forma de alopecia mucinosa o acompañando a otros linfomas cutáneos. Su presencia como fenómeno reactivo no asociado a procesos linfoproliferativos es un hallazgo infrecuente con pocos casos descritos en la literatura.

Material y métodos: Revisamos los casos de mucinosis folicular reactiva de los archivos de dermatopatología de nuestro Hospital, excluyendo los casos asociados a procesos linfoproliferativos. Realizamos rincones con hematoxilina-erosiva, PAS y hierro coloidal.

Resultados: En total encontramos un total de 13 casos, asociados a prurigo simple, acné vulgar, fototoxicidad inducida por dextrometorfan, erupción lumínica polimorfa (2 casos), picadura de artrópodo (3 casos), lupus eritematoso, vasculitis secundaria a fármacos, demodicidosis, carcinoma epidermoide y queratosis seborreica. Con frecuencia el depósito de mucina se produjo en zonas fotoexpuestas, con elastosis actínica o en el seno de dermatosis fotoinducidas. La cantidad de mucina acumulada era proporcional a la densidad del infiltrado inflamatorio perifolicular, presente en todos los casos. En 7 casos (54%) se observaba además depósito intersticial de mucina en la dermis reticular.

Conclusión: La presencia de MF reactiva no asociada a proceso linfoproliferativo no es un hallazgo excepcional, y no debe ser confundida con procesos neoplásicos. La frecuente localización en zonas fotoexpuestas y con daño actínico sugiere un posible papel de la exposición solar en su etiopatogenia.

3. LA DENSIDAD Y EL TIPO DE VÉNULAS DE ENDOTELIO ALTO MECA-79+ SE CORRELACIONAN CON LA EXPRESIÓN DE QUIMIOCINAS CCL19 Y CCL21, EL INFILTRADO LINFOCITARIO Y LA REGRESIÓN TUMORAL EN EL MELANOMA CUTÁNEO

C. Monteagudo^{a,b}, G. Avram^{a,d}, B. Sánchez Sendra^a, J.M. Martín^c, L. Terrádez^e y D. Ramos^a

^aDepartamento de Patología. Universidad de Valencia. ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España. ^dUniversity of Medicine and Pharmacy. Craiova. Rumania. ^eHospital de Manises. Valencia. España.

La respuesta inmune frente al melanoma, espontánea o inducida por los nuevos fármacos disponibles actualmente, tiene importantes implicaciones biológicas. Las vénulas de células endoteliales altas (HEV) son vasos especializados presentes en ganglios linfáticos y órganos linfoides terciarios. CCL19, CCL21 y CCR7 regulan la migración de linfocitos a través de las HEV. El objetivo de nuestro estudio consistía en correlacionar la densidad de HEV en melanomas primarios y metastáticos con parámetros clinicopatológicos y con la expresión de las quimiocinas CCL19 y CCL21, y su receptor CCR7. La densidad de HEV fue estudiada mediante inmunohistoquímica con un anticuerpo específico, MECA-79, y la expresión de quimiocinas mediante RT-PCR en tiempo real. Observamos HEV MECA-79+ en un 55% de los melanomas, siendo la densidad mayor en los primarios que en los metastáticos. Destacaba la morfología variable de los HEV. Establecimos dos grupos: HEV con endotelio cúbico (C-HEV) y con endotelio aplanado (F-HEV). Observamos una correlación positiva entre la densidad de C-HEV y el infiltrado linfocitario, así como entre la densidad de F-HEV y la regresión tumoral. Más aun, los casos con predominio de C-HEV sobre F-HEV tenían niveles mayores de expresión de CCL19, CCL21 y CCR7. Nuestros resultados apoyan un papel protagonista de C-HEV en el reclutamiento de linfocitos en los melanomas cutáneos, mediado por las quimiocinas CCL19 y CCL21, mientras que la densidad de F-HEV muestra fuerte correlación con la regresión tumoral. Por tanto, proponemos C-HEV y F-HEV como indicadores de regresión tumoral en fase activa o tardía/quiescente, respectivamente, en el melanoma cutáneo.

4. TRICOBLASTOMAS CENTROFACIALES EN PLACA

C. Requena^a, V. Traves^b, O. Sanmartín^a, B. Llombart^a, E. Nagore^a, C. Serra^a y C. Guillén^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

El tricoblastoma peribuca en placa constituye una variedad de tricoblastoma poco frecuente que a menudo requiere un tratamiento quirúrgico agresivo para conseguir una extirpación completa. Se ha propuesto que los tricoblastomas en placa peribucales pueden ser neoplasias de bajo grado de malignidad, ya que muchas veces infiltran músculo estriado y es difícil extirparlas por completo. Sin embargo otros autores piensan que el tricoblastoma peribuca no es diferente al de otras localizaciones, y que la infiltración de músculo en esta región anatómica se debe a que el músculo estriado aparece de forma habitual en la dermis peribuca. Revisamos los tricoblastomas en placa centrofaciales tratados en nuestro servicio desde el año 2005 hasta la actualidad. Encontramos once tumores en 5 pacientes, 4 varones y una mujer de edades comprendidas entre los 61 y los 71 años de edad (65 años de media). Tres casos fueron múltiples y dos únicos. La localización más común fueron los labios. En los cinco pacientes encontramos asociación a carcinoma basocelular, bien local o bien a distancia. El tratamiento realizado fue cirugía convencional en cinco tumores y cirugía de Mohs en los otros seis. El número de estadios de Mohs requerido fue de entre 2 y 4, con una media de tres estadios. En nuestra experiencia el tricoblastoma peribuca en placa es un tumor infiltrati-

vo, que rebasa con frecuencia la dermis en su crecimiento y cuya extensión local supera habitualmente sus márgenes clínicos. Es común su asociación a carcinoma basocelular y con frecuencia se trata de lesiones múltiples.

5. PCR PARA DETECCIÓN DE VIRUS HERPES. UTILIDAD EN 16 CASOS CON MANIFESTACIONES HISTOLÓGICAS POCO EVIDENTES

C. Perna, E. García, J. Cuevas, B. Pérez Mies, V. Tarín y L. Jiménez Minchillo

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: La infección por alfa-herpesvirus puede diagnosticarse histológicamente por las típicas inclusiones nucleares (Cowdry A/B) en epidermis y menos frecuentemente en los anejos. Sin embargo, con cierta reiteración la infección viral produce imágenes de vasculitis leucocitoclástica, foliculitis, hiperplasias linfoides o simples úlceras cutáneas con escasa o nula constatación de inclusiones. En estas ocasiones el diagnóstico puede beneficiarse de la demostración y genotipado del virus herpes mediante PCR.

Material y métodos: Se realizó en una serie de biopsias cutáneas con sospecha de infección herpética PCR usando el Kit CLART® EN-THERPEX (amplifica fragmentos específicos del genoma vírico mediante PCR múltiple, con posterior hibridación con sondas de captura en arrays).

Resultados: Se identificó ADN de herpes en 5 vasculitis leucocitoclásticas (sólo 2 casos con inclusiones y todos los casos tipos VHS1/2); 6 foliculitis (2 casos con inclusiones, y todos los casos salvo uno tipo VZV); 2 hiperplasias linfoides reactivas (VHS-1 y EBV) y tres úlceras cutáneas (VHS1/2 y VZV). Además se tipificó el tipo de virus en 5 vesículas herpéticas (3 VZV y 2 VHS). Otros 2 casos sospechosos resultaron negativos.

Conclusiones: La técnica de PCR es útil en el diagnóstico de cuadros asociados a infección por herpesvirus, especialmente en aquellos con escasez o ausencia de las inclusiones virales características y particularmente en cuadros como vasculitis leucocitoclástica, pseudolinfoma o foliculitis.

6. CALCIFILAXIS: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

E. Castro González^a, A.J. Gómez Duaso^a, C. Medina Gil^a, A. González Quesada^a, I. Castaño^a, P. de la Rosa del Rey^b, P. Moreno Díaz^b y G. Carretero Hernández^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

Introducción: La calcifilaxis es una entidad de baja frecuencia y alta morbimortalidad que se relaciona con la insuficiencia renal crónica (IRC). Se caracteriza histológicamente por la calcificación de los vasos dérmicos o hipodérmicos pudiéndose acompañar de otros hallazgos menos específicos, tales como hiperplasia de la íntima o presencia de trombos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos de calcifilaxis diagnosticados en nuestro servicio entre febrero de 2009 y marzo de 2013. Presentamos 5 casos que reúnen los criterios diagnósticos.

Resultados: En los 5 casos se observó la calcificación de la pared de los vasos hipodérmicos, variando la presencia de otros hallazgos menos específicos. En algún caso fue necesaria la realización de más de una toma de biopsia para llevar a cabo el diagnóstico. Un 60% de los pacientes presentaba IRC, de los cuales falleció en el seguimiento un 66,7%.

Discusión: Nuestros datos concuerdan con lo publicado. La presencia de hallazgos menos específicos en pacientes con clínica sugesti-

va puede justificar el ser exhaustivo en la búsqueda de este diagnóstico puesto que su aparición condiciona la actitud y el pronóstico del paciente.

Conclusiones: En paciente con úlceras necróticas dolorosas y con antecedentes de IRC hay que tener en cuenta este diagnóstico y se debe escoger con criterio la zona de la lesión a biopsiar, así como realizarla con una buena técnica.

7. ALTERACIONES EPITELIALES EN LA VAINA FOLICULAR EXTERNA DEL LIQUEN PLANO PILAR

E. Poblet Martínez y F. Jiménez Acosta

Hospital General Universitario de Murcia. España.

Introducción: El liquen plano pilar (LPP) es una enfermedad inflamatoria de etiopatogenia desconocida que conduce a una pérdida permanente del pelo. El objetivo del presente trabajo es la determinación mediante métodos histoquímicos e inmunohistoquímicos de las alteraciones que sufren las células de la vaina externa del folículo piloso, especialmente las células progenitoras del folículo, en casos de LPP.

Material y métodos: Se estudian biopsias de 43 enfermos con LPP, incluyendo 16 casos de LPP clásico y 27 casos de alopecia frontal fibrosante (AFF). Las biopsias se estudiaron con técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas, incluyendo: p16 (clon E6H4), p21 (clon SX118), CD34 (clon QBend10), Ki67 (clon MIB-1), caspasa 3 (clon 5A1), lamin A (cleaved lamin A 2035), citoqueratina 15 (clon C8/144B), y PHLDA1 (clon sc-23866).

Resultados y conclusiones: El estudio de la zona infundibular e ístmica de los folículos pilosos demostró presencia de células apoptóticas que se encontraban en el espesor de la vaina externa. Estas células se marcaban con lamin A y Caspasa 3 y eran especialmente prominentes en casos de AFF, pudiendo servir para orientar el diagnóstico de esta entidad. La apoptosis, que se acompañaba de un incremento del número de células con actividad proliferativa Ki67+ y células p21+. La combinación de apoptosis y estado hiperproliferativo podría explicar la notable disminución o desaparición de células progenitoras del folículo piloso que se observaba con CK15.

8. NEVUS ATÍPICO GENITAL: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE SEIS CASOS

J. Garcías Ladaria^a, J.L. Torregrosa Calatayud^a, M.T. Rico Fernández^a, L. Cubells Sánchez^a y V. Alegre de Miquel^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitari de València. ^bUniversitat de València. España.

Algunas mujeres jóvenes desarrollan lesiones melanocíticas atípicas en la zona genital. Similares a otras lesiones de la llamada "línea láctea", su diagnóstico diferencial con el melanoma vulvar es de capital importancia. En este trabajo hemos consultado nuestra base de datos en busca de lesiones diagnosticadas de nevus atípico en la región genital femenina y hemos revisado las biopsias. Se ha realizado tinción con hematoxilina-eosina en todos los casos, y tinciones con inmunohistoquímica (HMB45, ki67, CD4, CD8) en los 4 casos más recientes. Desde el año 1987 se han biopsiado 73 nevus melanocíticos "comunes", 25 léntigos simples, 8 nevus atípicos/dislásicos y 1 melanoma en la región genital femenina. De las 8 lesiones atípicas o displásicas, dos presentan la morfología del nevus displásico propia de cualquier otra localización y 6 presentan los hallazgos característicos del nevus atípico genital. Se trata de lesiones pigmentadas pequeñas (3,7-5,1 mm) localizadas en labios menores de adolescentes o mujeres jóvenes. Arquitectalmente, los nidos son grandes, heterogéneos y confluentes con defecto de retracción; citológicamente se ven células con abundante citoplasma pigmentado, núcleos grandes, vesiculados, a veces con nucléolos prominentes. La inmunohistoquímica demuestra que se trata de lesiones

bien delimitadas y que maduran en profundidad. En conclusión presentamos una serie de 6 casos de nevus atípico genital en mujeres, que corresponde aproximadamente al 6% de las lesiones melanocíticas en vulva en nuestro servicio y que es típico de mujeres jóvenes. Pensamos que supone un importante reto diagnóstico para el patólogo, ya que el diagnóstico erróneo de melanoma vulvar comportará un manejo agresivo y mutilante en una zona funcional y cosméticamente sensible.

9. EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA ADQUIRIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 18 PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN CUATRO CENTROS HOSPITALARIOS DE TERCER NIVEL EN ESPAÑA

P. Iranzo Fernández^a, J. Herrero González^b, J.M. Mascaró Galy^a, R. Suárez Fernández^c y A. España Alonso^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. ^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España. ^dServicio de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La Epidermolisis Ampollosa Adquirida (EAA) es una enfermedad ampollosa autoinmune poco frecuente con formación de ampollas subepidérmicas asociadas a la presencia de auto-anticuerpos contra el colágeno tipo VII. Aunque se han descrito varias formas clínico-patológicas, la forma clásica, mecano-ampollosa se considera la más frecuente.

Material y métodos: Se revisaron y analizaron las características clínicas, histológicas e inmunopatológicas de forma retrospectiva de 18 pacientes diagnosticados de EAA en cuatro centros hospitalarios de tercer nivel en España.

Resultados: La edad media de inicio fue de 51,95 años, el retraso diagnóstico medio fue de 16,8 meses. Un 27,7% de los pacientes presentaban un fenotipo clásico mecano-ampollosa, mientras que un 55,5% presentó un fenotipo inflamatorio (que recordaba un penfigoide u otras enfermedades ampollosas), y un 16,6% tenían formas mixtas. La histología mostró una ampolla subepidérmica en 17 de los 18 casos, mientras que en 1 paciente la biopsia mucosa mostró una ulceración inespecífica. Los infiltrados inflamatorios fueron variables: eran escasos/ausentes en los casos con fenotipo clásico mientras que en los casos con fenotipo inflamatorio se observaron infiltrados con abundantes neutrófilos y/o eosinófilos en una distribución perivascular superficial, intersticial, o ambas, así como acúmulos de neutrófilos en las papilas dérmicas. Se observó leucocitoclasia en 2 biopsias, y espongiosis eosinofílica en 3 de las muestras. La IFD mostró de forma constante depósitos lineales de IgG en la membrana basal. La IFI fue positiva en 58,8% de los casos.

Conclusiones: Presentamos aquí el primer estudio multicéntrico de pacientes diagnosticados de EAA en España. Queremos destacar que observamos un predominio importante de las formas inflamatorias, siendo más infrecuente la forma clásica. Es probable que muchos pacientes con EAA sean diagnosticados de forma errónea de penfigoide ampollosa.

10. LESIONES CUTÁNEAS INUSUALES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON VEMURAFENIB

M.A. Idoate^a, H. Quiceno^a, M.I. Irrarrazaval^b, A. España^b, J.P. Fusco^c, J.L. Solórzano^a y S. Martín Algarra^c

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bDepartamento de Dermatología; ^cDepartamento de Oncología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El vemurafenib es un novedoso tratamiento oncológico indicado en los pacientes afectos de melanoma metastásico que presentan la mutación BRAFV600E. Este potente inhibidor pro-

duce como efecto secundario una amplia variedad de lesiones cutáneas. De entre ellas cabe destacar algunas lesiones de la piel infrecuentes y no tan bien conocidas.

Metodología: Se han revisado la casuística de lesiones cutáneas asociadas al tratamiento con vemurafenib durante el periodo 2012-13. De todos ellos, se ha recogido los datos clínicos más relevantes como duración y dosis de tratamiento, presentación clínica y características histopatológicas.

Resultados: Se trata de cinco pacientes, 3 mujeres y 4 hombres, de 52 años de media de edad (45-60), diagnosticados de metástasis de melanoma con mutación BRAF V600. Se les administró a todos ellos dosis de 960 mg/12 horas con una duración del tratamiento de 82 días (15-270 días). Se han identificado un total de 6 lesiones surgidas durante el tratamiento consideradas infrecuentes, que corresponden a siringometaplasia escamosa (2 casos), paniculitis septolobulillar (1 caso), incremento lesional en un siringoma eruptivo preexistente (1 caso), pseudolinfoma T (1 caso) y foliculitis perforante (1 caso). Las lesiones se redujeron o desaparecieron espontáneamente a pesar de la continuación del tratamiento. Los pacientes mostraron además una variedad de lesiones más comunes también asociadas a vemurafenib, en combinaciones diversas, como son: carcinomas escamosos, verrugas vulgares, enfermedad de Grover quiste epidérmicos y queratosis seborreicas.

Conclusiones: El tratamiento del melanoma con inhibidores de BRAF ocasiona una serie de lesiones cutáneas inusuales y de carácter transitorio asociadas al uso de estos fármacos, que es importante conocer para un adecuado diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

11. HALLAZGOS INHUMOHISTOQUÍMICOS DEL SÍNDROME DE CANDLE

U. Pielasinski^a, J.L. Díaz Recuero^a, A. Torrelo^b, H. Kutzner^c, A. Zlotogorski^d, A. Paller^e y L. Requena^a

^aFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bHospital Infantil del Niño Jesús. Madrid. España. ^cDermatopathologie Friedrichshafen/Bodensee. Friedrichshafen. Alemania. ^dHadassah-Hebrew University Medical Center. Jerusalem. Israel. ^eNorthwestern University. Chicago. Estados Unidos.

Introducción: El síndrome de CANDLE (dermatosis neutrofílica atípica crónica con lipodistrofia y elevación de la temperatura) es una enfermedad autoinflamatoria, consecuencia de alteraciones en el funcionamiento del inmunoproteosoma. Los hallazgos histopatológicos muestran un denso infiltrado intersticial de células monocleares de aspecto mieloides afectando a la dermis.

Material y métodos: Presentamos el estudio inmunohistoquímico de seis pacientes diagnosticados de síndrome de CANDLE. Las biopsias fueron procesadas de forma rutinaria y se sometieron a tinción con hematoxilina-eosina. El panel inmunohistoquímico incluyó los siguientes anticuerpos: mieloperoxidasa (MPO), CD117, CD163, CD68/KP1, CD68/PMG1, CD14, CD15, TdT, tinción de Leder, CD56, CD1a, CD33, CD123, FoxP3 e interferon γ .

Resultados: Todas las biopsias mostraron una fuerte positividad para MPO, lo cual revela el origen mieloides de gran parte del infiltrado. Además fueron positivas con CD163, CD68/KP1 y CD68/PMG1 lo que indica la presencia de histiocitos y monocitos macrófagos. La tinción positiva con CD123 en todos los casos, define la presencia de células dendríticas plasmocitoides. Se observó una fuerte inmunotinción con interferon en todos los casos analizados. También se comprobó la presencia de células T reguladoras en el infiltrado a partir de la positividad con FoxP3. El resto de tinciones (CD117, CD15, TdT, CD56, y CD1a) fueron negativas lo cual excluye la presencia de mastocitos, linfocitos NK, células de Langerhans así como la infiltración leucémica.

Discusión: Nuestros resultados indican que el infiltrado inflamatorio del síndrome CANDLE es polimorfo e incluye al menos células mieloides inmaduras, macrófagos, células dendríticas plasmocitoides y células T reguladoras. Los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos son distintivos de dicho síndrome y permiten realizar un diagnóstico precoz a dermatólogos y dermatopatólogos.

12. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO Y GENÉTICO DEL SÍNDROME DE REED

J.L. Solórzano, H. Darío Quiceno, J. Arabe, R. Zárate, A. España y M.A. Idoate

Departamento de Anatomía Patológica; Departamento de Dermatología y Genética. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El síndrome de Reed fue descrito en 1973 como la asociación de múltiples leiomiomas cutáneos y uterinos. En 2001, se caracterizó la entidad como la asociación de leiomiomas múltiples y carcinoma renal papilar tipo 2, por lo que se denominó a la entidad *leiomiomatosis hereditaria asociada a carcinoma de células renales*. Esta enfermedad está determinada por la alteración del gen presentan dos casos que fueron diagnosticados a partir de los hallazgos cutáneos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 49 años, con leiomiomas uterinos múltiples, que presentó una lesión en el brazo derecho, dolorosa, diagnosticada de piloleiomioma. Posteriormente, aparecieron múltiples lesiones cutáneas similares que fueron diagnosticadas también como leiomiomas. Se detectó un quiste complejo del riñón izquierdo, que se diagnosticó de carcinoma papilar tipo 2. Caso 2: mujer de 41 años, con lesiones nodulares en tronco y extremidades que fueron biopsiadas y diagnosticadas de leiomiomas cutáneos múltiples. Posteriormente, presentó leiomiomatosis uterina. Además, se detectó un quiste simple en el riñón derecho. Histopatológicamente, los leiomiomas cutáneos no presentaban ningún rasgo morfológico que les diferenciara de los convencionales. En el análisis genético se detectaron alteraciones en el gen de la fumarato-hidratasa, que corresponden en el caso 1 al exón 4: c419T>G/pV140G y en el caso 2 al exón 7: c965T>G/pV322G.

Conclusiones: Los leiomiomas cutáneos son lesiones poco comunes en Dermatopatología, que puede aparecer en el contexto de la leiomiomatosis hereditaria. El adecuado estudio clínico-patológico, completado con el análisis mutacional del gen de la fumarato-hidratasa permite el correcto diagnóstico de la enfermedad y un correcto despistaje familiar.

13. TRANSFORMACIÓN DE QUERATOSIS ACTÍNICA A CARCINOMA ESCAMOSO INFILTRANTE: EVIDENCIA EN FAVOR DE DOS VÍAS

M.T. Fernández Figueras, C. Carrato, X. Sardà, E. Mejías, J.L. Subirats, C. Ferrándiz y A. Ariza

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Introducción: La queratosis actínica es una neoplasia queratinocítica intraepidérmica (KIN) que puede ser precursora del carcinoma escamoso infiltrante (CE). Para algunos investigadores, la infiltración se produce tras la transformación maligna de todo el espesor epitelial, en unas etapas denominadas KIN1, 2 y 3, por analogía con la región genital (CIN/VIN/PeIN). Para otros, puede aparecer directamente en áreas de KIN1, como en el VIN "diferenciado" de vulva (no asociado a HPV). Este estudio pretende identificar los tipos de lesión precursora presentes en piezas de resección de CE.

Material y métodos: Las características del epitelio adyacente y suprayacente al tumor han sido analizadas y consensuadas por dos patólogos en 75 casos consecutivos de CE sobre zona actínica.

Resultados: Un 59,5% de tumores mostraban KIN1 en superficie y un 76,5% en los bordes. Los porcentajes de lesión de alto grado en superficie y borde fueron KIN2: 21,6% y 8,3%; KIN3: 18,9% y 5,6%, respectivamente. Se evaluó también la existencia de focos de ulceración, hallándose en un 36,4% de las lesiones de bajo grado y un 43% en las de alto grado. Del total de muestras, un 37,3% mostraban KIN1 no ulcerado sobre el CE.

Conclusiones: Nuestros resultados avalan la hipótesis de que en el CE existen dos vías de cancerización, al igual que en cavidad oral, laringe o genitales. Un KIN "diferenciado" que podría pasar directamente de KIN1 a carcinoma escamoso infiltrante y una vía "desdiferenciada" que requeriría la transformación previa desde KIN1 a KIN2 y KIN3.

14. EXPRESIÓN DE LA FAMILIA DE REPRESORES EPIGENÉTICOS POLYCOMB EN CARCINOMAS ESCAMOSOS CUTÁNEOS METASTÁSICOS

M.E. Hernández^a, A. Toll^{b,c}, C. Ferrandiz Pulido^a, E. Masferrer^b, M. Yébenes^d, A. Jaka^e, A. Tuneu^e, A. Jucglà^f, T. Baró^g, J. Gimeno^g, V. García Pato^h, R.M. Pujol^h y M.I. Hernández^c

^aDepartamento de Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ^bDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. ^cIMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Barcelona. ^dDepartamento de Dermatología. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España. ^eDepartamento de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián. España. ^fDepartamento de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^gDepartamento de Patología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Objetivo: El pronóstico de los pacientes con carcinoma escamoso cutáneo (CEC) se basa en el potencial invasivo de las células neoplásicas. En estudios previos hemos observado que tanto la expresión de podoplanina como la expresión de marcadores de la transición epitelio-mesénquima o TEM (pérdida de adhesión celular reflejada en la disminución de e-cadherina en membrana y aumento de expresión de vimentina citoplásmica) se correlacionan con la capacidad de metástasis y peor pronóstico del CEC. La regulación del proceso de TEM puede deberse a la acción de la familia de represores epigenéticos Polycomb. Nuestro objetivo es determinar la expresión de estas proteínas en CEC, su correlación con parámetros clínico-patológicos y con la TEM.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, multicéntrico en el que se incluyeron 107 casos de carcinomas escamosos cutáneos (51 no metastásicos y 56 metastásicos). Se registraron los parámetros clínico-patológicos (edad, diámetro y profundidad del tumor, estroma desmoplásico, diferenciación, invasión perineural, patrón infiltrativo, acantolisis, estadiaje tumoral, recurrencia, inmunosupresión, mortalidad relacionada con el tumor). La expresión de distintas proteínas de la familia Polycomb se ha realizado mediante técnicas convencionales de inmunohistoquímica.

Resultados: La expresión de proteínas de la familia Polycomb se relaciona con un mal pronóstico y con recurrencia del tumor. No obstante, no se observa relación estadísticamente significativa entre la expresión de las distintas proteínas de la familia Polycomb y los marcadores de TEM.

Conclusiones: La familia de represores epigenéticos Polycomb parece estar implicado en un peor pronóstico en CEC por un mecanismo independiente al proceso de TEM.

15. ¿HAY HETEROGENEIDAD DE LA EXPRESIÓN DE LA MUTACIÓN BRAFV600E EN EL MELANOMA?

J.L. Rodríguez Peralto^a, M. Garrido Ruiz^a,
C.A. Villanueva Álvarez-Santullano^a, A. Santos Briz Terrón^b,
J.J. Ríos Martín^c, Y. Ruano^a, P. Ortiz Romero^d
y E. Riveiro Falkenbach^a

^aDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. I+12. Madrid. España.

^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España. ^cDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

^dDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. I+12. Madrid. España.

En la era de la terapia dirigida, la justificación del uso de inhibidores a proteínas oncogénicas, como el BRAFV600E, depende de que los tumores metastáticos sean clonales con respecto al oncogén mutado, o sea, que la mutación se exprese de forma homogénea en los tumores y que se mantenga en las metástasis originadas. Una cuestión que sigue sin respuesta en la práctica clínica es la heterogeneidad de la mutación BRAFV600E en melanomas cutáneos. De hecho, las escasas publicaciones presentes en la literatura enseñan resultados contradictorios, obtenidos con distintas metodologías. En un intento de resolver este problema, hemos investigado el estado de la mutación BRAFV600E en más de 100 muestras pareadas de melanomas a través de las técnicas de RT-PCR, secuenciación o inmunohistoquímica. Presentamos nuestros resultados en relación al patrón de expresión del gen BRAFV600E en melanomas cutáneos, así como los métodos más sensibles para la detección de dicha mutación.

Casos para diagnóstico

1. LESIÓN SUBCUTÁNEA EN RAÍZ NASAL EN NIÑA DE 11 AÑOS

A. Santos-Briz Terrón, S.C. Martínez, A. Romo Melgar, I. Zafra Cobo y E. Fernández López

Departamento Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Caso clínico: Niña de 11 años sin antecedentes de interés que presenta una lesión subcutánea en raíz nasal de 2 años de evolución de 1,5 x 1,5 cm, elástica, blanda, bien delimitada.

2. PLACA VIOLÁCEA INFILTRADA EN CUERO CABELLUDO

R. Ballester Sánchez, C. Pujol Marco, M. Llavador Ros y R. Botella Estrada

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia. España.

Caso clínico: Mujer de 85 años con antecedentes de cardiopatía isquémica que presenta una placa eritemato-violácea, infiltrada de unos 10 cm de diámetro en región temporal derecha, de 2-3 años de evolución y crecimiento progresivo, asintomática, con áreas de alopecia no cicatricial. No asocia claudicación oral ni polimialgia. Resolución espontánea a los largo de 2 años, sin dejar alopecia cicatricial.

Posibles diagnósticos clínicos: Linfoma, pseudolinfoma, dermatofibrosarcoma protuberans, angiosarcoma, esclerodermia, metástasis, arteritis temporal, granuloma facial, granuloma anular, necrobiosis lipoidica atípica facial, Rosai-Dorffman. Anatomía patológica: biopsia cutánea que muestra fibrosis de dermis media y profunda englobando la grasa subcutánea, con algún foco de necrosis grasa y un compo-

nente inflamatorio linfocitocitario perianexial y perivascular. Vasos de paredes gruesas. Los anejos están conservados. Epidermis sin cambios. El infiltrado dérmico está rodeando a los anejos así como a los vasos y es tipo crónico y agudo con abundantes PMN neutrófilos y eosinófilos formando microabcesos. Se entremezcla con ocasionales histiocitos. No se observa leucocitoclasia, ni extravasación de hematies. **Posibles diagnósticos histológicos:** Granuloma facial, necrobiosis lipoidica atípica facial, enfermedad fibrosante relacionada con la IgG4. Debido a la discrepancia clínico-patológica y a la falta de un diagnóstico preciso nos parece interesante presentar el caso como caso problema para discusión.

3. LESIONES PAPULONODULARES MÚLTIPLES Y PRURITO

F. Pinedo Moraleda^a, M.D. Caro Gutiérrez^b, V. Yuste del Pozo^a, J.L. López Esteban^b, F.J. Salamanca Santamaría^a, H. Sanz Robles^b, M.U. Floristán Muruzabal^b, G. Sosa Rotundo^a, M.P. Martínez Barranco^c, P. Gómez Iglesias^a y M.A. Cabezas Quintario^a

^aUnidad de Anatomía Patológica; ^bUnidad de Dermatología; ^cUnidad de Hematología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Caso clínico: Varón de 36 años, natural de Perú, residente en España desde hace ocho años, que consulta en Dermatología en noviembre de 2012 por prurito y lesiones cutáneas en cara, cuello y tronco, de dos semanas de evolución. No refiere toma de fármacos, aplicación de productos tópicos ni sintomatología general acompañante. A la exploración física se aprecian múltiples lesiones papulonodulares, algunas de ellas infiltradas, en cara (región ciliar izquierda, párpados derecho e izquierdo, regiones parotídea izquierda y submaxilar derecha, mejilla derecha, mentón), región supraclavicular izquierda y pápulas milimétricas en espalda. Se acompañan de lesiones de rascado en espalda y miembros inferiores. En la analítica destaca una discreta leucocitosis con eosinofilia (7%), con extensión de sangre periférica con formas reactivas. Las serologías son normales. Se han descartado infecciones micóticas, tuberculosis, lepra y sarcoidosis. En el TAC toracoabdominal únicamente se aprecian pequeñas adenopatías mediastínicas y axilares bilaterales inespecíficas. No se observan alteraciones relevantes en el TAC craneal. **Evolución:** A pesar del tratamiento con antihistamínicos y prednisona oral, las lesiones papulonodulares y pruriginosas han empeorado. En abril de 2013 ingresa en Medicina Interna por neumonía basal izquierda con derrame pleural metaneumónico, evolucionando favorablemente con ceftriaxona y azitromicina. En la analítica persiste la discreta leucocitosis con eosinofilia (ahora en torno al 10%). Se decide biopsia de médula ósea, que muestra hiperplasia, fundamentalmente a expensas de elementos maduros de la serie mieloide e histiocitos. Se han realizado varias biopsias de las lesiones papulonodulares cutáneas. Se remite biopsia de la lesión submaxilar derecha.

4. VARÓN DE 39 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL, ARTRALGIAS Y DIFICULTAD RESPIRATORIA CON LESIONES ERITEMATOVOLÁCEAS SINCRÓNICAS

N. López y J.J. Ríos Martín

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Paciente varón de 39 años de edad que acude al hospital con un síndrome febril con artromialgias y dificultad respiratoria progresiva de horas de evolución. Se acompaña de lesiones cutáneas eritematopapulosas, no pruriginosas, de predominio en superficie extensora de ambos MMSS y región cervical posterior. En TAC de tórax se evidencian adenopatías mediastínicas y en hilios pulmonares, así como micronódulos pulmonares y derrame pleural bilaterales. Se realiza biopsia de una lesión cutánea, de las adenopatías mediastínicas y de los pulmones.

5. PACIENTE CON LIMITACIÓN FUNCIONAL EN VARIAS ARTICULACIONES Y BROTES DE ERUPCIÓN CUTÁNEA GENERALIZADA CON EOSINOFILIA

M. Niveiro, J.C. Pascual, A. Culiñez, P. Soro, A. Martínez y J. Bañuls

Servicio de Anatomía Patológica; Servicio de Dermatología y Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Paciente varón de 26 años, natural de Colombia, que ingresa en Reumatología (en octubre 2012) por limitación funcional en varias articulaciones con endurecimiento de partes blandas asociado. El cuadro es catalogado clínica y radiológicamente de fascitis eosinofílica; aunque en dicho ingreso no existía eosinofilia periférica. Se realizan biopsias de piel y partes blandas con fascia, observándose densa proliferación de fibroblastos, con muy escasa inflamación. El paciente, que llevaba tomado AINES, durante dos meses, es dado de alta con otro AINE (diclofenaco). Cinco días después (noviembre 2012) ingresa de nuevo con cuadro cutáneo consistente en erupción papular violácea en hemicuerpo izquierdo, que mejoró con corticoides. Se realiza biopsia cutánea. Se cambia el AINE por otro (diclofenaco por naproxeno) y es dado de alta, además con corticoides. El paciente al suspender los corticoides presenta nuevos brotes cutáneos, con lesiones maculo-papulares con exudación en MMII, tronco y cuero cabelludo y clínica sistémica con fiebre, adenopatías, eosinofilia periférica y aumento de transaminasas. De nuevo se decide cambiar de AINE (celecoxib) y se realizan nuevas biopsias cutáneas. En el último ingreso (abril 2013) tras dos semanas de tratamiento con Imatinib (por su proliferación fibroblástica) el paciente presenta eritrodermia, edema facial y ampollas; existe una gran eosinofilia periférica y continúan las adenopatías, fiebre y el aumento de transaminasas hepáticas. En este último ingreso se decide tratamiento con corticoides a dosis altas, con mejoría importante de la piel, analítica y fascia. Se envía cristal de biopsia de partes blandas (1) y biopsia cutánea (2).

6. VARÓN DE 64 AÑOS CON CUADRO CLÍNICO COMPLEJO DE LARGA EVOLUCIÓN

P. Gonzalvo^a, E. Rodríguez^b, C. Álvarez Cuesta^b, E. Godoy^b, M. Poch Arenas^a y M.T. Fernández Figueras^c

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.

Varón de 64 años que ha desarrollado a lo largo de 25 años un cuadro clínico complejo caracterizado por nódulos múltiples en tronco y raíz de miembros superiores asociados a piel laxa junto a máculas eritematosas digitiformes en la cintura, elefantiasis verrucosa en ambas piernas y xantelasmas bilaterales en conjuntiva bulbar.

7. MUJER SENEGALESA DE 32 AÑOS QUE DESARROLLA DESDE LA INFANCIA LESIONES VERRUCOSAS GENERALIZADAS

V. Alegre^{a,b}, M. García Valdoví^a, J.R. Estela^a, M.T. Rico^a, V. Zaragoza^a y M.A. Pérez Ferriols^a

^aServicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ^bUniversidad de Valencia. España.

Mujer de 32 años natural de Senegal. No RAM. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés en seguimiento desde el año 2008 por lesiones verrucosas generalizadas que se iniciaron a los dos años de edad, catalogada de dermatitis psoriasisiforme. A la exploración, presentaba placas psoriasisiformes bien delimitadas de distribución

generalizada con marcada afectación facial. En el seguimiento, desarrolla placas verrucosas aisladas en miembros. Las biopsias realizadas, mostraban un patrón psoriasisiforme con denso infiltrado linfoide. En alguna de las muestras se observaba papilomatosis con vacuolización perinuclear. El cultivo para micobacterias y PCR para HPV resultaron negativos en varios especímenes. Se ha realizado tratamiento con retinoides y PUVA, mostrando remisión parcial de las lesiones. Se remiten dos biopsias y varias imágenes clínicas

8. MUJER DE 54 AÑOS CON NÓDULO EN CUERO CABELLUDO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN

F. Gallardo^a, S. Segura^a, A. Toll^a, J. Herrero^a, M. Arumí^b, C. Barranco^b, J. Lloreta^b, N. Juanpere^b y R.M. Pujol^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Mujer de 54 años, fumadora de 30 paquetes/año, con antecedente de HTA, consulta por nódulo en cuero cabelludo detectado por ella misma desde hace 2 meses. A la exploración la paciente presenta nódulo eritematoso indurado de 1 x 1 cm sobre mácula pigmentada de 2 x 2 cm.

9. CASO PROBLEMA

E. Herrera Ceballos, N. López Navarro y E. Gallego Domínguez

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.

10. MUJER DE 45 AÑOS CON LINFOMA FOLICULAR NODAL EN REMISION COMPLETA TRATADO CON R-CHOP QUE DESARROLLA LESIONES ERITEMATODESCAMATIVAS EN CARA, SCALP, TRONCO Y PLIEGUES INGUINALES

J.L. Rodríguez Peralto^a, M.C. Garrido^a, E. Riveiro^a, C. Postigo^b y F. Vanaclocha^b

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense. I+12. Madrid. España.

Mujer de 45 años, con antecedentes personales de linfoma folicular ganglionar tratado con R-CHOP y rituximab y en remisión completa desde 2010, se presenta en la consulta de dermatología en 2011 con lesiones eritematomo-descamativas en cara, cuero cabelludo, tronco y pliegues inguinales. Se biopsian algunas de las lesiones y se diagnostican de dermatitis psoriasisiforme. Un año después, vuelve a acudir por presentar numerosas pápulas foliculares que se diagnostican de micosis fungoide foliculotropa en estadios iniciales, y se tratan con corticoides y PUVA. Un año después se observa progresión de las mismas con formación de placas muy infiltradas, tumores en antebrazo izquierdo y lesiones tumorales en lengua. Se tratan con bexaroteno e interferón presentando mejoría, aunque persisten las lesiones pápulo-vesiculares en piel. Dos meses más tarde, se observa un claro empeoramiento con pápulas y placas, algunas de ellas con remisión espontánea que se biopsian.

Pósters

1. ALTERNARIOSIS CUTÁNEA POR *ALTERNARIA ALTERNATA* EN PACIENTE CON TRATAMIENTO CORTICOIDEO DE LARGA EVOLUCIÓN

R.M. Penín Mosquera^a, J. Ayats Ardite^b, O. Servitge Bedate^c, M.T. Soler Monsó^a, C. Martín Callizo^c, C. Ardanuy Tisaire^b y J. Peyri Rey^c

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bDepartamento de Microbiología; ^cDepartamento de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Varón de 79 años con dos lesiones adyacentes en antebrazo derecho, descamativas y eritematosas, de dos años de evolución. El paciente era EPOC y padecía una arteritis de Horton, por lo que recibía tratamiento corticoideo crónico. En la biopsia se observó hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa y un infiltrado granulomatoso dérmico, con microabscesificación y numerosas hifas anchas, septadas y ramificadas (5-7 μ), con estructuras redondeadas y refráctiles (3-10 μ). También se observó un fragmento vegetal de tipo cuerpo extraño. El cultivo y la RT-PCR, demostraron que se trataba de *Alternaria alternata*, realizándose el diagnóstico de alternariosis cutánea. A pesar del tratamiento con itraconazol oral la lesión no mostró mejoría, decidiéndose exéresis. La *Alternaria* es un hongo saprófito que causa infecciones oportunistas en inmunodeprimidos. Las infecciones cutáneas son la enfermedad más frecuente causada por *Alternaria sp*, originándose la mayoría por inoculación traumática. Clínicamente, las lesiones no son específicas y, a nivel histológico, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras micosis cutáneas de morfología similar (*Aspergillus*, *Fusarium* y *Mucor*). Al ser un contaminante frecuente y colonizador de piel humana, para confirmar su papel patógeno, es necesario su identificación histológica y en cultivo. La RT-PCR confirma el diagnóstico y establece el género y la especie. Los hallazgos clínicos de la alternariosis cutánea son variables y es necesario tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones en pacientes inmunocomprometidos. En nuestro caso, consideramos el tratamiento corticoideo como principal factor patogénico y la presencia de un cuerpo extraño vegetal en dermis insinúa la inoculación como vía de infección.

2. PARAFINOMA PENEANO

R.M. Penín Mosquera^a, J. Marcoval Caus^b, H.A. Flórez Posada^a, C. Meléndez Muñoz^a, S. Gómez Armayones^b y J. Peyri Rey^b

^aDepartamento de Anatomía Patológica; ^bDepartamento de Dermatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Paciente rumano de 27 años que consultó por lesiones ulceradas en el pene. El paciente confesó que desde hacía 4 años recibía inyecciones de un material viscoso en el pene. A la exploración destacaba una deformación e induración del pene, lesiones ulceradas y trayectos fistulosos. Histológicamente, se observó una fibrosis difusa y reacción inflamatoria granulomatosa crónica con abundantes células multinucleadas de tipo cuerpo extraño en relación a numerosos espacios quísticos vacíos, de tamaño heterogéneo. El paciente fue diagnosticado de parafinoma peneano, y se le propuso tratamiento quirúrgico reconstructivo. El parafinoma peneano o lipogranuloma esclerosante del pene es secundario a la inyección de materiales de alta viscosidad, como aceites minerales, vaselina o parafina. Esta práctica es frecuente en Europa del Este y Asia, para aumentar el tamaño del pene y tratar la disfunción eréctil. Los síntomas suelen aparecer un año después de la implantación del

material. La clínica habitual consiste en deformidad, impotencia, eritema y edema con consecuente parafimosis y dolor. El patrón histopatológico, con reacción granulomatosa en relación a múltiples espacios pseudoquísticos (aparición de queso suizo), es típico y prácticamente diagnóstico de esta entidad. El tratamiento consiste en la exéresis completa y temprana del cuerpo extraño y de la reacción acompañante. El parafinoma peneano es una entidad con una incidencia creciente en nuestro medio debido a la inmigración procedente de países del Este y Asia. Dado que habitualmente los pacientes niegan el antecedente de las infiltraciones, y que la reacción cutánea suele manifestarse meses o años después de la inyección cutánea, debe plantearse este diagnóstico ante úlceras genitales. El aspecto histológico es clave para el diagnóstico.

3. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE UN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES DE PATRÓN FOLICULAR EN ESTADIO IV

A. Márquez García^a, J.E. Brugal Molina^b, C. Vila Sava^a, L. Ferrándiz Pulido^a, J.J. Ríos Martín^b y F.M. Camacho Martínez^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Las metástasis cutáneas del carcinoma de tiroides son raras y cuando se objetivan, se presentan como lesiones eritematosas de crecimiento lento, placas purpúricas o nódulos eritematosos, blandos y ligeramente pruriginosos que incluso pueden ulcerarse. Tienen predilección por cuero cabelludo, cara y cuello.

Caso clínico: Mujer de 58 años que debuta con un carcinoma papilar de tiroides de patrón folicular en estadio IV, con mala respuesta al tratamiento radiactivo y tirosupresor. Durante el seguimiento se detectan metástasis pulmonares bilaterales, cerebrales y nódulos indurados cutáneos en cabeza y cuello. El estudio histológico de éstos mostró una proliferación epitelial en dermis con patrón folicular. La IHQ fue positiva para TTF-1, Galectina 3 y negativa para Tiroglobulina.

Discusión: Las características citológicas, inmunohistoquímicas y la tinción con tiroglobulina y TTF-1 son importantes para el correcto diagnóstico. La variante folicular del carcinoma papilar de tiroides no muestra la arquitectura papilar característica y los hallazgos nucleares no siempre están presentes, por lo que es útil para el diagnóstico la inmunohistoquímica: RET/PTC, HBME-1, CK19, CD10 y Galectin-3.

Conclusiones: Presentamos un raro caso de metástasis cutáneas de un cáncer papilar de tiroides variante folicular, que precisaron para su diagnóstico histopatológico la realización de la tinción IHQ con galectina-3, ya que en este caso la tiroglobulina fue negativa.

4. HIPERPLASIA LENTIGINOSA ERUPTIVA ASOCIADA A SORAFENIB

A. Márquez García^a, J.E. Brugal Molina^b, T. Ojeda Vila^a, J.J. Ríos Martín^b y F.M. Camacho Martínez^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Sorafenib es un fármaco inhibidor de las tirosin cinasas, aprobado por la FDA en 2005 para el tratamiento del cáncer hepático primario y renal avanzado. Se administra vía oral y se han descrito con su utilización múltiples efectos secundarios cutáneos tales como Síndrome mano-pie, hemorragias subungueales, alopecia, erupciones cutáneas y trastornos de la pigmentación.

Caso clínico: Paciente de 41 años, con antecedentes de carcinoma de células claras renales metastático, que consulta por la aparición de lesiones pigmentadas eruptivas en cara y tronco concomitantes con el inicio de sorafenib, de 4 meses de evolución. El estudio

histopatológico de una de las lesiones es compatible con una hiperplasia melanocítica lentiginosa. Tras la suspensión del tratamiento un número importante de lesiones desaparecieron y el resto disminuyó su tamaño e intensidad de pigmentación.

Discusión: Existen descritos 7 casos en la literatura de aparición de nevos y lesiones lentiginosas con el uso de sorafenib en pacientes con cánceres renales metastáticos y tumor carcinoide ileal. Suelen tener predilección por partes acras (palmas y plantas), su etiopatogenia es desconocida aunque se han postulado múltiples hipótesis y es preciso el seguimiento de estas lesiones, aunque no se haya descrito su malignización.

Conclusiones: Describimos un caso de lesiones pigmentadas de tipo lentiginoso, que afectan a cara y tronco, asociadas al uso de sorafenib. La cara es una localización poco común de afectación, describiéndose un solo caso en la literatura. En nuestro caso se inició al poco de comenzar el tratamiento y normalmente tras la suspensión del fármaco suelen desaparecer.

5. METÁSTASIS EPIDERMOTROPA FACIAL DE ADENOCARCINOMA DE RECTOSIGMA

H. Morales Moreno^a, F.L.B. González Ponce^a, L. Borrego Hernando^a, T. Montenegro Dámaso^b y J. Hernández Santana^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Las metástasis cutáneas de neoplasias internas son muy poco frecuentes y la cara supone su localización menos habitual. Dentro de éstas, las metástasis epidermotropas constituyen un subtipo excepcional.

Caso clínico: Varón de 50 años, diagnosticado de adenocarcinoma de rectosigma en estadio IV, ingresado en el servicio de Cirugía General y Digestiva para resección tumoral. Presentaba en mejilla izquierda una lesión de tres meses de evolución y rápido crecimiento. En la exploración física se apreciaba un nódulo eritematoso de 1,5 cms de diámetro, superficie lisa, consistencia dura, infiltrado. Con el juicio clínico de metástasis se tomó biopsia cutánea. El estudio histológico demostró presencia de infiltración dérmica por adenocarcinoma de tipo intestinal con imágenes de epidermotropismo. El perfil inmunofenotípico coincidía con el del adenocarcinoma primario. Se realizó extirpación quirúrgica de la lesión cutánea. Actualmente el paciente recibe tratamiento quimioterápico sin signos de recidiva ni nuevas lesiones cutáneas.

Discusión: Las metástasis epidermotropas de neoplasias internas constituyen la presencia de células o nidos de células atípicas en la epidermis. Existen varias teorías que explicarían la invasión epidérmica por parte de las células malignas. La diseminación por contigüidad, la diseminación hematológica o linfática o una especial afinidad de las células neoplásicas por los queratinocitos epidérmicos son algunas de ellas. Existen sólo 3 casos publicados, en nuestro conocimiento, de metástasis epidermotropas de adenocarcinoma de colon. Aportamos un nuevo caso siendo además el primero localizado en la cara.

6. SIRINGOMETAPLASIA ESCAMOSA E HIDRADENITIS ECRINA NEUROFÍLICA EN PACIENTE CON MELANOMA METASTÁSICO TRATADO CON DABRAFENIB

F. Liuti^a, P. Almeida Martín^a, T. Montenegro Dámaso^b, J. Hernández Santana^a, L. Borrego Hernando^a y D. Rodríguez Abreu^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La siringometaplasia escamosa (SE) y la hidradenitis ecrina neutrofílica (HEN) son dermatosis poco frecuentes que se

asocian principalmente al tratamiento quimioterápico de neoplasias.

Caso clínico: Varón de 24 años diagnosticado de melanoma nodular en espalda y múltiples metástasis subcutáneas, pulmonares y ganglionares en mayo 2011. Por presentar la mutación BRAFV600E, se trató con Vemurafenib, radioterapia y quimioterapia (carboplatino/dacarbacin y fotemustina). Por progresión del cuadro, en enero 2013 se empezó con Dabrafenib, presentando a las dos semanas una erupción cutánea asintomática, localizada en pliegues, consistente en numerosas pápulas eritematosas milimétricas, monomorfas no foliculares de color rosado que confluían en placas. La biopsia demostró un leve infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular y perianexial con eosinófilos aislados y la presencia de metaplasia escamosa de ductos y ovillos ecrinos. Se trató con corticoide tópico manteniéndose el tratamiento con quimioterapia. Al mes siguiente el paciente desarrolla en extremidades inferiores una erupción cutánea dolorosa de distinta morfología consistente en numerosas pústulas confluentes, formando lagos pustulosos sobre base eritematosa. El estudio anatomopatológico evidencia la presencia de neutrófilos dentro y alrededor de las glándulas ecrina además de metaplasia escamosa de las mismas, leve infiltrado inflamatorio linfohistiocitario perivascular y perianexial con presencia de eosinófilos.

Conclusiones: La SE secundaria a quimioterapia se ha descrito acompañada de una HEN de forma excepcional. Algunos autores las consideran como dos extremos, no inflamatorio e inflamatorio, de la hidradenitis ecrina asociada a quimioterapia. No hemos encontrado descrito en la literatura ningún caso de SE ni de HEN asociada a Dabrafenib.

7. MELANOMA DESMOPLÁSICO CON PRESENTACIÓN CLÍNICA INHABITUAL

C. Llanos Chávarri, L. Álvarez Gigli, G. de Lima Piña, A. Córdoba Iturriaga, A. Panizo Santos y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona. España.

El melanoma desmoplásico es una variante del melanoma infrecuente, constituyendo menos del 4% de los melanomas cutáneos. Su comportamiento difiere de otros tipos de melanoma porque tiene una mayor tendencia a la recurrencia local pero son menos frecuentes las metástasis ganglionares. Típicamente aparece en pieles dañadas por el sol en ancianos. El diagnóstico clínico y anatomopatológico puede ser complicado. En la presentación clínica con frecuencia son lesiones amelanóticas, de apariencia inespecífica. Pueden asemejar dermatofibromas, neurofibromas, cicatrices o lesiones malignas como carcinomas basocelulares, escamosos o melanomas amelanóticos. En el estudio patológico se plantea el diagnóstico diferencial entre varias entidades fusocelulares benignas y malignas. Existen dos subtipos histológicos según el componente infiltrante sea desmoplásico puro (> 90%) o mixto. La distinción entre ambos subtipos es importante dadas sus implicaciones clínicas, terapéuticas y de pronóstico. El subtipo mixto se ha demostrado que tiene peor pronóstico en supervivencia libre de enfermedad, frecuencia de metástasis ganglionares, recurrencia locorregional y acortamiento del tiempo de recurrencia. Presentamos un melanoma desmoplásico puro en un varón de 81 años situado en cuero cabelludo. Clínicamente tenía una apariencia atípica en forma de 4 placas alopecicas esclerodermiformes no agrupadas que afectaban a una amplia zona parieto-temporal. El diagnóstico clínico fue de metástasis esclerodermiformes sin primario conocido. Se realizó biopsia punch y resección de Mohs con injerto. El paciente ha tenido una evolución tórpida, con varias recidivas tempranas y metástasis ganglionar en la zona parotidea izquierda, a pesar de tratarse del subtipo puro.

8. TUMOR MIXTO APOCRINO LIPOMATOSO EN REGIÓN CILIAR

C. Llanos Chávarri, G. de Lima Piña, L. Álvarez Gigli, A. Córdoba Iturriagoitia y M. Hervella Francés

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona. España.

El tumor mixto de piel es un tumor benigno infrecuente, solitario, de lento crecimiento, que habitualmente afecta a la cabeza o el cuello de pacientes de edad media o ancianos, aunque hay casos en otras localizaciones como en tronco o genitales y en niños. Se han descrito formas atípica y maligna, aunque son extremadamente raras. Existen variantes ecrinas y apocrinas. Son tumores circunscritos en dermis, con un tamaño que oscila entre 2 mm y 2 cm de diámetro. Histológicamente se caracterizan por un doble componente epitelial y estromal. El epitelial puede disponerse en cordones o estructuras ductales, en ocasiones quísticas, revestidas por una doble capa de células cúbicas. Pueden verse quistes con queratina o nidos sólidos escamosos. El estroma puede mostrar un aspecto mixoide, condroide o fibroso. Todos los componentes pueden presentar cambios metaplásicos. En el estroma cuando abunda el tejido adiposo, se utiliza el término de tumor mixto lipomatoso. Presentamos el caso de un varón de 47 años, con una tumoración en la región ciliar derecha de 9 mm, de más de un año de evolución que clínicamente sugería un quiste epidermoide. El tumor se remitió enucleado. Histológicamente cumplía los criterios de un tumor mixto apocrino, destacando en el estroma una proporción alta de tejido adiposo, por lo que lo denominamos Tumor mixto apocrino lipomatoso. Presentamos el caso al tratarse de un tumor poco habitual y mostrar un estroma con una metaplasia adiposa relevante.

9. LEISHMANIASIS LINGUAL POR *LEISHMANIA INFANTUM* EN MUJER INMUNOCOMPETENTE

V. Yuste del Pozo^a, A. Pampín Franco^b, F.J. Pinedo Moraleda^a, R. Gamero Villegas^b, P. Gómez Iglesias^a, M.A. Cabezas Quintario^a y J.L. López Esteban^b

^aUnidad de Anatomía Patológica; ^bUnidad de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Caso clínico: Mujer de 39 años, ex fumadora y sin otros antecedentes personales de interés, que consulta por una lesión indurada en el dorso de la lengua, de 5 meses de evolución, sin dolor ni picor. A la exploración física se observa una lesión de 0,6 cm de diámetro, indurada y de coloración blanquecina, en el dorso de la lengua. Se realiza una biopsia mediante punch de 0,4 cm.

Anatomía patológica: El examen microscópico muestra una mucosa lingual revestida por un epitelio con marcada hiperplasia pseudoepteliomatosa, sin atipia, por debajo del cual se aprecia un denso infiltrado linfoplasmocitario. Tras seriación del material, se encuentran pequeños granulomas, en algunos de los cuales se identifican, en el citoplasma de los histiocitos, microorganismos compatibles con leishmanias.

Estudios complementarios: La serología para Leishmania fue positiva y el estudio inmunológico resultó normal. Se trató con infiltraciones de glucantime, con excelente respuesta y la paciente no ha presentado recidivas.

Discusión: La leishmaniasis es una zoonosis producida por *Leishmania spp* y ampliamente distribuida por el mundo. Dependiendo de la respuesta inmune del huésped y la especie de Leishmania, se puede manifestar con afectación cutánea, mucocutánea o visceral. La leishmaniasis lingual aislada en pacientes inmunocompetentes es extremadamente rara.

10. SÍNDROME DEL CABELLO ANÁGENO SUELTO

V. Yuste del Pozo^a, F.J. Pinedo Moraleda^a, P. Domínguez Franjo^b, P. Gómez Iglesias^a, M.A. Cabezas Quintario^a y E. García García^a

^aUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ^bUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Caso clínico: Niña de 3 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, cuyos padres refieren que el cabello se le cae fácilmente con cualquier mínima tracción. A la exploración física no se observan signos de inflamación, descamación ni pelos rotos. A la tracción, el cabello se desprende de manera fácil y sin dolor.

Anatomía patológica: En el Servicio de Anatomía Patológica se reciben cuatro portaobjetos que incluyen cabellos para tricograma. El examen del mismo muestra bulbos parcialmente distróficos, en anágeno, con una cutícula enrollada en la zona del tallo más próxima al bulbo. El resto del tallo no presenta alteraciones relevantes.

Discusión: El síndrome del cabello anágeno suelto es un tipo de alopecia infantil caracterizado por la extracción fácil e indolora de los cabellos. Se produce sobre todo en niñas entre 2-5 años. El diagnóstico es clínico (cabello fino, opaco y de longitud irregular), junto con la microscopía óptica o tricograma, que típicamente muestra más del 90% de cabellos en anágeno, con un bulbo angulado o en maza y cutícula desflecada. El diagnóstico diferencial se ha de establecer con el efluvio felógeno, la alopecia areata y la tricotilomanía. Se cree que está producido por una alteración genética en las queratinas de la vaina de la raíz del pelo. No tiene tratamiento, es un proceso benigno que suele desaparecer espontáneamente en la adolescencia o la edad adulta.

11. MELANOMA CON CÉLULAS GIGANTES DE TIPO TOUTON

M.L. Álvarez, A. Córdoba, G. de Lima, C. Llanos, J.I. Yanguas, M.E. Iglesias y T. Tuñón

Servicio de Anatomía Patológica; Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra A. Pamplona. Navarra. España.

Introducción: El melanoma maligno puede presentar diversos patrones histopatológicos y arquitecturales, que hacen de él un desafío en el diagnóstico. Sin embargo tiene un perfil inmunohistoquímico puede ser de ayuda para el patólogo en casos de presentación atípica. El melanoma con células gigantes tipo Touton es una forma poco habitual de presentación según la literatura revisada.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente de 83 años, que consulta por lesión una lesión pigmentada en pierna, de 7 cm, sin sintomatología asociada, a quien se le realiza una biopsia parcial para diagnóstico. Al microscopio se observa en dermis reticular y media, una lesión de contorno regular compuesta por células de gran tamaño con hábito histiocitario tanto multinucleadas como mononucleadas, con nucléolos prominentes. Algunas muestran núcleos en anillo que semejan células multinucleadas de tipo Touton. Destacan mitosis atípicas y células con abundante pigmento, así como melanófagos. La epidermis no muestra lesión melanocítica.

Discusión: A pesar de los datos clínicos que sugerían un melanoma; la ausencia de lesión a nivel epidérmico, el gran número de células de hábito histiocitario, positivas para CD-163 y CD-68 nos obligaron a descartar un tumor fibrohistiocitario (tipo fibroxantoma atípico). Sin embargo se observa importante cantidad de melanina y una fuerte positividad en las células que componen la lesión para S100 y los demás marcadores melanocíticos, con lo cual se llega al diagnóstico definitivo de Melanoma con células gigantes tipo Touton. Se ha descrito recientemente esta variante de Melanoma que puede

inducir a confusión, más teniendo en cuenta que los tumores fibrohistiocitarios pueden además expresar marcadores melanocíticos.

12. ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA POSTRASPLANTE T. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Culiñáñez^a, S. Cigüenza^a, A. Bouret^b, J. Guijarro^b, M. Niveiro^a y J. Bañuls^b

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: La enfermedad linfoproliferativa post-trasplante (ELPT) es un grupo heterogéneo de enfermedades proliferativas que ocurren en pacientes trasplantados de un órgano sólido, médula ósea o células madres; secundario a su estado de inmunosupresión. La mayoría están asociados a infección por EBV, siendo el 85% de tipo B. Presentamos un caso poco frecuente de ELPT tipo T cutáneo.

Material y métodos: Varón de 46 años, trasplantado renal en 2003 que presenta placa dolorosa y eritematosa localizada en miembro inferior izquierdo con diagnóstico clínico de celulitis. Tras tratamiento sintomático sin mejoría se decide realizar biopsia.

Resultados: El estudio microscópico mostró tejido celular subcutáneo con necrosis, fibrina y fondo inflamatorio con histiocitos. Además se observa una población de células linfoides con núcleos atípicos, polilobulados, nucleólo prominente y elevada actividad mitótica; dispuestas alrededor de vasos y adipocitos. La inmunohistoquímica presenta positividad de las células atípicas para marcadores T (CD3 y CD43) y negatividad para marcadores B (CD20 y CD79a). Con KI67 se observa actividad proliferativa del 30-40%. El estudio EBV fue negativo. Se realiza estudio de reordenamiento del receptor de linfocitos T (TCR), observándose clonalidad. Siendo el diagnóstico finalmente de enfermedad linfoproliferativa post-trasplante T (tipo linfoma T paniculítico).

Conclusiones: La frecuencia de ELPT está relacionada con la intensidad del tratamiento inmunosupresor, siendo < 1% en los trasplantados renales. Pueden regresar con reducción de la inmunosupresión, aunque suelen requerir quimioterapia, terapia con anticuerpos o ambos. Una de las formas de presentación de la ELPT-T es en forma de linfoma T paniculitis-like (como en nuestro caso).

13. NEVUS DE HORI. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A.L. Martín Rodríguez, I. Ballester, J. Pardo, A. Buendía y S. Ortiz Reina

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

Introducción: El nevus de Hori es una melanocitosis dérmica adquirida que afecta fundamentalmente a mujeres asiáticas (6/1) o fototipo IV y rango de edad de entre los 21 y 66 años. Inicialmente descrita como nevus de Ota bilateral, se caracteriza por la presencia de lesiones maculares bilaterales localizadas en región facial (predominando frente, párpados, zona malar y alas nasales), de tonalidad marrón, que con la evolución se tornan azul grisáceas.

Material y métodos: Se describen dos casos en los que los pacientes presentaban sendas máculas pigmentadas de coloración gris azulada localizadas en región frontal (uno de ellos bilateral), correspondientes a un varón de 58 años y una mujer de 72 años. En ellos se observó una proliferación de células fusiformes con abundante pigmento granular ambarino, que se tiñe de negro con la técnica de Fontana-Masson y expresan en su inmunofenotipo el Melan A. Fueron diagnosticados como melanocitosis dérmicas adquiridas.

Discusión: El nevus de Hori es una discromía común en la población asiática poco frecuente en nuestro medio caracterizada por la presencia de melanocitos en localizaciones no habituales (dermis media y superior). Existen dos posibles mecanismos etiopatogénicos:

1) migración de melanocitos de la epidermis o bien del bulbo piloso, 2) reactivación de melanocitos dérmicos inmaduros o inactivos. A pesar de que la morfología de las lesiones inicialmente puedan hacer dudar sobre la posibilidad de un proceso maligno, éstas no muestran agresividad biológica. En la actualidad se utilizan tratamientos conservadores como la aplicación de dispositivos láser, en detrimento de la dermabrasión y crioterapia empleadas en el pasado.

14. REVISIÓN CLINICOPATOLÓGICA DE DOCE CASOS DE ANGIOMA EN PENACHO

A.M. Victoria^a, L. Cubells^a, M.T. Rico^a, J. Garcías^a, I. Febrer^a y V. Alegre^{a,b}

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

El angioma en penacho o tufted angioma (TA) es una tumoración vascular benigna poco frecuente que aparece típicamente en la infancia. Su nombre deriva de su apariencia histopatológica caracterizada por pequeños "penachos" de capilares y lóbulos angiomasos en dermis. Revisamos los casos diagnosticados mediante biopsia de TA desde 1992 hasta la actualidad. Los datos recogidos fueron: sexo, edad al diagnóstico, localización, diagnóstico clínico, estudios de imagen, enfermedades asociadas, tratamiento, evolución y revisión de la histopatología. Se obtuvo un total de 12 pacientes. De ellos, 9 pacientes fueron mujeres (75%) y 3 varones (25%). Según la edad de inicio clasificamos los TA en: congénitos (7 pacientes, 58,3%), tempranos, < 1 año (2 pacientes, 16,6%) y adquiridos, > 1 año (3 pacientes, 25%). Las localizaciones más frecuentes fueron miembros superiores y muslos. El diagnóstico clínico fue de angioma en penacho únicamente en 2 pacientes, el resto de casos fueron diagnosticados mediante biopsia. En el estudio histológico se objetivó la presencia de múltiples lóbulos de agregados de capilares en la dermis reticular en todos los casos, con afectación del pánículo adiposo en 6 de ellos. Presentamos una serie de 12 casos de angioma en penacho y discutimos los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos de los mismos.

15. POROCARCINOMA DE MANO. UN TUMOR POCO FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Dinarès^a, B. Ferrer^a, C. Vázquez^a, T. Repiso^b y S. Ramón y Cajal^a

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Mujer de 69 años con tumoración exofítica lisa, rosada de 1 x 0,8 x 0,8 cm en mano derecha. Histológicamente vemos una lesión sólida con un componente intraepidérmico de nidos de diferentes tamaños con celularidad atípica de citoplasma amplio y claro y núcleos grandes, redondeados, de cromatina vesicular con nucleolo evidente y otros hiperromáticos y pleomórficos. Focalmente apreciamos luces de aspecto ductal. El componente dérmico está formado por nidos infiltrantes de similares células atípicas. Presenta figuras de mitosis atípicas en ambos componentes sin evidencia de necrosis. Estudio inmunohistoquímico: positividad para Cam 5.2 y EMA en la celularidad atípica y CEA en componente ductal. Adyacente a esta lesión se observa otra de características benignas. En base a estos hallazgos diagnosticamos porocarcinoma sobre poroma preexistente. Descrito por Pinkus y Mehrgean (1963) como carcinoma ecrico epidermotrópico, el porocarcinoma es un tumor maligno infrecuente (0,01% de todos los tumores cutáneos). La edad media de aparición es de 67 años y su localización más frecuente en las extremidades inferiores siendo la mano un sitio muy raro. Se origina en los ductos de las glándulas sudoríparas. Puede aparecer como

transformación maligna de un poroma (18-50%) como en nuestro caso, o un hidroacantoma simple, asociado a un nevus sebáceo o de novo. Presentamos el caso por ser un tumor infrecuente de localización inusual.

16. CELULITIS EOSINOFÍLICA (SÍNDROME DE WELLS): A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Corrales Cruz, M. Rodrigo Gómez de la Bárcena, I. García Higuera, I. Viqueira Rodríguez, M.J. Cáceres Porras, E. Riñones Mena y E. García Toro

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Burgos. España.

Introducción: El síndrome de Wells es una dermatosis inflamatoria rara, con menos de 200 casos reportados, de patogenia desconocida, caracterizada por episodios recidivantes de placas edematosas, eritematosas y/o violáceas, que progresivamente se van infiltrando y tornando morfeiformes. La localización más predominante es en extremidades y tronco. El hallazgo histológico más característico, aunque no patognomónico son las “figuras en llama”.

Materiales y métodos: Paciente de 19 años, masculino, con bronquitis asmática en tratamiento. Refiere cuadro clínico de 4 meses de evolución de inflamación y dolores en superficie de ojo. EF: Blefaritis, párpados superiores engrosados. Diagnosticado de Conjuntivitis en manejo con antibióticos sin mejoría. Posteriormente se realiza RMN: Fino edema inespecífico palpebral superior derecho. Se realiza biopsia palpebral.

Resultados: Piel que presenta un estroma edematoso, con un denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, destacando la existencia de abundantes eosinófilos, y de un material amorfo eosinófilo con morfología en “llamarada” con ribete histiocitario periférico y presencia de aisladas células gigantes multinucleadas.

Conclusiones: La celulitis eosinofílica es una dermatosis de origen inflamatorio que cada vez se describe más en niños y adolescentes. Tiene un cuadro clínico polimorfo, tanto en la localización como en la extensión de las lesiones, y para su diagnóstico siempre se debe interpretar junto con las lesiones histopatológicas. Debe tenerse en cuenta como parte del diagnóstico diferencial de cualquier presentación atípica de la celulitis que no responda a antibióticos. Un dato que nos ayuda en el diagnóstico es la eosinofilia periférica. El tratamiento se basa en corticoides principalmente sistémicos, aunque en ocasiones las lesiones se resuelven espontáneamente.

17. SCHWANNOMA EPITELIOIDE CON CAMBIOS TIPO ANCIENT. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Alcaraz Mateos^a, R. Rojo España^b, M. Pérez-Ramos^a y A. Giménez-Bascuñana^a

^aServicio de Anatomía Patológica; ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: Los tumores benignos de la vaina del nervio periférico son relativamente frecuentes, siendo los principales representantes el neuroma solitario circunscrito, el neurofibroma y el schwannoma. Sin embargo, la variante epitelioides benigna del schwannoma de partes blandas es extremadamente rara y debe plantearse un cuidadoso diagnóstico diferencial con otras entidades benignas y malignas. Se presenta un caso y se revisa su diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Varón remitido a Dermatología por la sospecha de un quiste infundibular en el codo izquierdo. A la exploración física se trataba de una tumoración subcutánea relativamente móvil y no dolorosa de larga evolución. Se resecó con el diagnóstico de proba-

ble lipoma. El estudio macroscópico mostró una tumoración multilobulada de superficie externa lisa, que a la sección presentaba aspecto sólido homogéneo y coloración blanquecina amarillenta, con unas dimensiones de 2,2 x 1,4 x 0,5 cm. Histológicamente, se trataba de una tumoración encapsulada caracterizada por áreas más celulares y otras de predominio estromal laxo. La celularidad se agrupaba sin una verdadera cohesión intercelular y mostraba características epitelioides, con citoplasmas eosinófilos de tamaño variable, núcleos redondeados u ovales que presentaban una atipia leve/moderada de tipo degenerativo, y con ocasionales pseudoinclusiones nucleares, sin identificar actividad mitótica. Se observaban asimismo elementos fusiformes, con disposición focal “en empalizada”. El estroma mostraba numerosos vasos de pared ocasionalmente hialinizados, escasos mastocitos, y aislados macrófagos. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad celular intensa para vimentina y S-100, positividad capsular para EMA y negatividad para actina, melan A, citoqueratina AE1/AE3 y HMB45. La actividad proliferativa con Ki-67 era muy baja (1-2%). Destacó la positividad variable para CD34. Los hallazgos fueron consistentes con el diagnóstico de schwannoma epitelioides con cambios degenerativos tipo *ancient*.

Conclusiones: La variante epitelioides de schwannoma, pese a no figurar aún como una variante reconocida en la última publicación sobre tumores de partes blandas de la OMS en 2013, presenta criterios histopatológicos relativamente bien definidos desde 1998 por Kindblom et al. Clínicamente, no presenta rasgos diferenciales respecto a otros schwannomas (sexo, edad, localización y pronóstico). Es histológicamente donde se observan diferencias respecto al schwannoma clásico, caracterizándose por una mayor celularidad, de hábito epitelial, con frecuentes pseudoinclusiones nucleares, pudiendo o no presentar el patrón arquitectural clásico (áreas A y B de Antoni con cuerpos de Verocay). El diagnóstico diferencial ha de plantearse con lesiones melanocíticas como el nevus de Spitz o el melanoma, fundamentalmente (Melan A+, HMB-45+), mioepiteliomas, neoplasias de músculo liso, fibrohistiocitoma benigno epitelioides (marcadores musculares +) y otros tumores neurales que incluirían al perineuroma (marcadores musculares y epiteliales +), al tumor maligno de la vaina de nervio periférico y al neurofibroma.

18. “ACTINIC COMEDONAL PLAQUE”. APORTACIÓN DE DOS CASOS

E. Piqué Duran^a, O. García Vázquez^b, K.K. Tang^a, J.A. Pérez Cejudo^a, D. Cameselle Martínez^a, M. Azcue Mayorga^b y J. Feito Pérez^b

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Patología. Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote. Las Palmas. España.

Introducción: La exposición solar crónica puede producir algunas alteraciones cutáneas bien establecidas como el cutis romboidal o el síndrome de Favre-Racouchot. Este último se caracteriza por la presencia de quistes y comedones, típicamente localizados en la zona periocular externa. Las placas actínicas comedonianas se consideran una variante de este síndrome, pero en forma de placas únicas en localizaciones que son inusuales para el síndrome de Favre-Racouchot.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 82 años con antecedentes de carcinomas basocelulares y enfermedad de Bowen. Que consultaba por una placa en surco nasogeniano derecho de rápido crecimiento, pruriginosa. Se trataba de una placa de 2,9 x 1,5 cm eritematosa que contenía nódulos amarillentos. El estudio histopatológico mostró una epidermis levemente acantósica, con marcada elastosis solar, y la presencia de múltiple quistes de gran tamaño de pared fina. Caso 2: varón de 69 años que consultaba

por una dermatitis de contacto. En la exploración se descubrió la presencia de múltiples queratosis actínicas y una placa en dorso de antebrazo derecho, papulosa, eritematosa, que presentaba múltiples ostium dilatados en superficie. El estudio histopatológico mostró una marcada elastosis solar con múltiples comedones y ostium foliculares dilatados.

19. ANGIOSARCOMA CUTÁNEO

F.J. de León^a, L. Berbegal^a, A. Bouret^a, M. Leiva^a, J.C. Pascual^a, J. Guijarro^a, J. Bañuls^a y M. Niverio^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: El angiosarcoma cutáneo es una neoplasia vascular rara y extremadamente maligna, con un pronóstico desfavorable. De sus tres formas clínicas: el angiosarcoma de cabeza, cuello y cara, el asociado a linfedema y el post-radiación, el primero es el más frecuente (> 50%).

Caso clínico: Presentamos dos casos de angiosarcoma cutáneo craneal. El primero, un varón de 74 años con una lesión nodular vascularizada, de rápido crecimiento en cuero cabelludo; el segundo una mujer de 95 años con una lesión exofítica, sangrante, en sien derecha. Histológicamente, ambos casos, presentaban una proliferación de células epiteliales con marcada atipia celular y numerosas mitosis, formando canales vasculares anastomosados, positivos para marcadores vasculares.

Discusión: El angiosarcoma es un tumor de rápido crecimiento que con frecuencia desarrolla metástasis ganglionares y a distancia. Histológicamente, plantea un reto diagnóstico. Las lesiones bien diferenciadas, se muestran como una red de sinusoides vasculares anastomosados, delimitados por células endoteliales con ligera a moderada atipia, pudiendo malinterpretarse como hemangiomas o linfangiomas. En las lesiones pobremente diferenciadas, con mayor pleomorfismo y actividad mitótica, puede no observarse luz vascular, simulado otros sarcomas de alto grado, carcinomas o melanoma. En tales situaciones la IHQ puede ayudar al diagnóstico, mostrando positividad para CD31 y CD34. Además, la falta de respuesta inflamatoria parece relacionarse con un peor pronóstico, pero no el grado histológico.

20. ¿ENFERMEDAD DE BOWEN PIGMENTADA O ENFERMEDAD DE BOWEN SOBRE QUERATOSIS SEBORREICA PIGMENTADA?

I. Marín Cabañas^a, A.M. Bouret^a, L. Francés^a, M. Leiva Salinas^a, A. Culiñez^b, M. Niveiro^b y J. Bañuls^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: La enfermedad de Bowen (EB) suele presentarse como una placa eritematosa bien delimitada de superficie escamosa que suele afectar zonas de exposición solar. Existe una variedad pigmentada, mucho menos frecuente, que plantea un diagnóstico diferencial con el melanoma de extensión superficial. Presentamos una lesión con localización perivulvar.

Caso clínico: Una mujer de 58 años consulta por presentar una placa verrucosa bien delimitada de color marrón en la región inguinal de años de evolución. Se pensó que se trataba de un melanoma. La anatomía patológica de la pieza extirpada mostraba una arquitectura organoide que recordaba a la de una queratosis seborreica pigmentada. Sin embargo junto a zonas sin atipia existían otras donde la epidermis era más acantósica, con una displasia severa con numerosas mitosis en todas las capas propio todo ello de un carcinoma in situ o enfermedad de Bowen. Además se obser-

vaban zonas con marcada hiperpigmentación epidérmica y numerosos melanófagos en dermis superficial. No había hiperplasia de melanocitos ni melanocitos atípicos. No se observaba invasión de la dermis.

Discusión: La EB o carcinoma escamoso *in situ* afecta en menos del 20% de los casos a menores de 60 años¹ y la localización en región genital es muy infrecuente¹. La EB pigmentada es rara (1,7%) y existen pocos casos descritos de localización anogenital. El mecanismo de pigmentación en esta enfermedad aún no ha sido establecido y algunos autores sugieren que surja a partir de una queratosis seborreica pigmentada.

Conclusiones: La EB pigmentada es una entidad infrecuente que se debe considerar en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas pigmentadas.

Bibliografía

1. Kossard S, Rosen R. Cutaneous Bowen's disease. An analysis of 1001 cases according to age, sex and site. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:406-410.

21. MUCORMICOSIS PRIMARIA CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

J.L. Bernabó^a, P. Martín Cuevas^a, M. Martín González^a, R. Bosch García^a, E. Gallego Domínguez^b y E. Herrera Ceballos^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Las mucormicosis (zigomicosis) son infecciones oportunistas que se dan en pacientes inmunodeprimidos por diversas causas. Se han convertido en una causa frecuente de infecciones micóticas invasivas, tras las candidiasis y las aspergilosis. El compromiso cutáneo es la presentación clínica más común después de la forma rinocerebral.

Caso clínico: Varón de 45 años, VIH y VHC positivo, en tratamiento corticoesteroides por artritis psoriásica. Acude a consulta por presentar lesiones cutáneas en el dorso de la mano derecha, que relaciona con picadura de insecto. Había realizado tratamiento con múltiples antibióticos de forma ambulatoria con progresión y empeoramiento de su cuadro clínico. A la exploración física presentaba una placa eritematosa infiltrada de bordes difusos con áreas fluctuantes. Debido al agravamiento progresivo y al desarrollo de cuadro febril con afectación del estado general se procede a ingreso hospitalario y se realizan hemocultivos, estudio analítico, pruebas de imagen, biopsia cutánea y toma de muestra para cultivo microbiológico. La analítica sólo mostró una leve leucocitosis, las pruebas de imagen sin hallazgos significativos. Hemocultivos repetidos negativos. El estudio dermatopatológico evidenció la existencia de un infiltrado inflamatorio neutrofílico severo con áreas de supuración y necrosis. Entre el infiltrado inflamatorio se apreciaron hifas anchas y no septadas, que se ramificaban en ángulos rectos. Algunas de las hifas se hallaban colapsadas y retorcidas. Estas estructuras se teñían de forma intensa con la tinción de PAS y plata-metamina. El cultivo microbiológico resultó positivo para *Rhizopus* sp. Con el diagnóstico de mucormicosis primaria cutánea fue tratado con anfotericina B liposomal y desbridamiento quirúrgico con evolución favorablemente.

Discusión: La mucormicosis cutánea es una infección cada vez más frecuente en la práctica clínica debido al aumento de pacientes inmuneprimidos. Representa un cuadro clinicopatológico de difícil diagnóstico, con una alta tasa de mortalidad. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la diseminación de la infección y mejorar el pronóstico de estos pacientes. El estudio dermatopatológico en estos casos es clave; la identificación de las características de las hifas y su forma de ramificación nos permite distinguirla de otros tipos de infección micótica.

Bibliografía

- Ravis S, Frankel S, Elgart G. Cutaneous rhizopus in an immunosuppressed patient. *J Cutan Pathol.* 2005;32:102-6.
- Benito A, Cornejo P, López Ríos F, González Lois C, Rodríguez Peralta JL. Primary Cutaneous Mucormycosis. *Am J Dermatopathol.* 1998;20:594.

22. ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

L. Cubells^a, A.M. Victoria^a, V. Zaragoza^a, J.L. Torregrosa^a, J.R. Estela^a, S. Mínguez^a, V. Alegre^{a,b}, A. Martínez^a y A. Pérez^a

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

La enfermedad de Rosai-Dorfman es un proceso histiocítico proliferativo benigno, de etiología desconocida, que cursa en su forma clásica con adenopatías cervicales bilaterales, fiebre y alteraciones hematológicas. La piel constituye el órgano más frecuentemente afectado cuando hay compromiso extranodal. La forma exclusivamente cutánea es inusual, representando el 3% del total de casos. Comunicamos cuatro casos clínicos de Enfermedad de Rosai Dorfman limitada a la piel. Tres hombres y una mujer de 67, 53, 59 y 37 años respectivamente, con clínica de nódulos, y pápulas eritematosas indoloras, pruriginosas en dos de los casos, localizadas fundamentalmente, en tronco y extremidades superiores. La histología reveló un denso infiltrado inflamatorio granulomatoso, difuso, con presencia de áreas de histiocitos grandes, de citoplasma eosinófilo, con múltiples fenómenos de emperipoiesis de hematias, neutrófilos y plasmocitos. Los histiocitos mostraron positividad para CD68, S100 y negatividad para CD1a. Presentamos 4 casos de enfermedad de Rosai-Dorfman cutánea aislada, describiendo las características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas encontradas, y realizando diagnóstico diferencial de esta entidad.

23. SARCOMA DE KAPOSI EN EL PABELLÓN AURICULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

A.M. Bouret Lebrón, L. Francés Rodríguez, M. Leiva Salinas, I. Marín Cabañas, J.C. Pascual Ramírez y J. Bañuls Roca

Departamento de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Describimos el caso de una paciente de 77 años de edad no inmunodeprimida que ha desarrollado un nódulo de Kaposi en el pabellón auricular, localización excepcional de la forma clásica, en pacientes no inmunodeprimidos. El sarcoma de Kaposi es una enfermedad multisistémica basada en una proliferación vascular anómala. Suele afectar a la piel con el desarrollo de nódulos subcutáneos azulados con un curso benigno, pero en casos de inmunosupresión puede afectar a otros órganos entre los que destacan el tracto gastrointestinal y los pulmones. Desde 1994 se conoce el papel etiopatogénico del HHV-8, que se detecta hasta en el 90% de los tejidos afectados. Existen cuatro variantes clínicas de sarcoma de Kaposi: la forma clásica que suele afectar a las extremidades de varones ancianos, una forma africana endémica con afectación linfática en niños, una forma característica de pacientes con VIH con afectación predominante de cara, mucosa oral y tronco y una forma iatrogénica también asociada a otros tipos de inmunosupresión. Sin embargo, la afectación craneal en pacientes no inmunodeprimidos es poco habitual, y entre los escasos casos que hemos encontrado publicados, característicamente el pabellón auricular estaba afectado como en nuestro caso, tanto en pacientes de avanzada edad, como en paciente jóvenes. Desconocemos la causa de la predilección por la localización auricular en estos pacientes, pero sugerimos que alteraciones de la inmunidad no estudiadas en estos casos, peculiarida-

des de la vascularización de esta zona anatómica u otros factores como traumatismos por localización acral puedan estar implicadas.

24. PÁPULAS Y PLACAS CON ASPECTO DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA EN UN PACIENTE AFECTO DE ENFERMEDAD DEL INJERTO CONTRA HUÉSPED ESCLERODERMIFORME

M.A. Barnadas^a, O. Yélamos^a, I. Badell^b, R. Curell^c y L. Puig^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Pediatría; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Sta. Creu i St. Pau. Barcelona. España.

Antecedentes: La enfermedad del injerto contra huésped (EICH) esclerodermiforme es una forma de EICH crónico que histológicamente se caracteriza por la presencia de esclerosis de la dermis. Se presenta el caso de un niño que en el curso de una EICH esclerodermiforme desarrolló lesiones de aspecto cicatricial en las zonas acrales de la piel.

Caso clínico: Niño de 5 a. de edad diagnosticado de LAL que a los 2 a. de vida fue sometido a un trasplante de progenitores hematopoyéticos, alogénico no emparentado. Un mes y medio después desarrolló una EICH aguda con afectación de mucocutánea, que se resolvió con corticoides tópicos e inmunosupresores sistémicos. Dos años después desarrolló un endurecimiento difuso y progresivo del tegumento ocasionando impotencia funcional cuyo estudio histopatológico mostró una esclerosis dérmica compatible con una EICH esclerodermiforme. Se trató con inmunosupresores sistémicos, PUVAbaño y posteriormente se asoció leucofotoféresis extracorpórea. Seis meses más tarde se apreció la aparición de pápulas firmes al tacto, que posteriormente confluyeron formando placas, algunas en disposición lineal en el dorso de los dedos de manos y pies, con un aspecto similar a cicatrices hipertróficas. El examen histopatológico mostró un incremento del colágeno y de los fibroblastos en la dermis reticular.

Discusión: Creemos que las lesiones observadas en este caso se pueden incluir dentro del espectro de la EICH esclerodermiforme por su aparición en el curso de una EICH esclerodermiforme de aspecto convencional, por la disposición simétrica y dado que no existía ningún antecedente de trauma previo en las zonas afectadas.

25. NEVUS ATÍPICOS DE SPITZ/REED: CORRELACIÓN DE ESCALAS HISTOLÓGICAS Y DERMATOSCÓPICAS

M. Saravia, Z. Pellicer, J.M. Martín y C. Monteagudo

Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

La distinción entre nevus de Spitz/Reed y melanoma sigue siendo un desafío especialmente si la lesión se presenta con características atípicas como: regresión, asimetría, patrón dermatoscópico multicomponente o en paralelo. El objetivo de este estudio fue comparar de manera objetiva los hallazgos histopatológicos y dermatoscópicos en una cohorte de 19 pacientes con nevus de Spitz/Reed clínicamente atípicos. Para facilitar el análisis estadístico se construyó una puntuación histológica en base a características microscópicas reproducibles y así obtener una puntuación numérica inexistente hasta el momento. Este índice histológico se comparó con las puntuaciones dermatoscópicas más utilizadas (ABCD, Menzies y la escala de los 7 puntos) y el patrón dermatoscópico predominante. No se encontró correlación entre el índice histológico y las puntuaciones dermatoscópicas semi-cuantitativas (ABCD y la escala de los 7 puntos). Sin embargo, nuestros resultados demuestran que el patrón de dermatoscópico multicomponente en nevus de Spitz/Reed se relaciona con un índice histológico más alto. Se encontró una alta prevalencia de falsos positivos utilizando la lista de los 7 puntos y la puntuación de Menzies. La mayoría de nuestros casos presentaron signos dermatoscópicos de regresión (15/19) que

no siempre se correlacionó con la histología. Este cambio podría explicar la alta tasa de falsos positivos durante el uso de la puntuación dermatoscópica y en especial la puntuación Menzies. Creemos que el índice histológico es una forma "objetiva" para comparar la totalidad del cuadro histológico de este tipo de lesiones.

26. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE LA REGIÓN NASOSINUSAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

N. Rivas^a, B. Llobart^a, V. Traves^b, E. Ferrandis^c, R. Alcalá^a, S. Kindem^a, C. Requena^a, C. Serra^a, E. Nagore^a, O. Sanmartín^a y C. Guillén^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Otorrinolaringología. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas (CNCP) de localización nasal o paranasal es extremadamente infrecuente, constituyendo el tipo tumoral con menor prevalencia dentro de los carcinomas nasosinuales con diferenciación neuroendocrina. Esta entidad es histológicamente indistinguible de otras neoplasias como el carcinoma de células de Merkel o las metástasis del carcinoma microcítico del pulmón, sin embargo, el estudio inmunohistoquímico nos permite hacer el diagnóstico correcto.

Caso clínico: Mujer de 32 años con cuadro de 2 meses de evolución de dolor e inflamación progresiva en la cara lateral derecha del dorso nasal. A la exploración presentaba un nódulo sólido de superficie lisa, contornos irregulares, no móvil y que medía 3cm en su eje mayor, además presentaba una adenopatía latero-cervical derecha. La resonancia magnética evidenció una masa en la pirámide nasal que erosionaba los huesos propios derechos. Se realizó biopsia cutánea y en el examen microscópico se observó una infiltración neoplásica difusa localizada en la hipodermis y en la capa muscular, constituida por células pequeñas, redondas, con escaso citoplasma y núcleos basófilos con cromatina en sal y pimienta. El estudio inmunohistoquímico presentó un perfil fenotípico positivo para marcadores neuroendocrinos (cromogranina y CD56), epiteliales (CK AE1/AE3) y para TTF-1; y negatividad para CK20, CK7, S-100, GFAP y neurofilamentos.

Discusión: Con los datos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos diagnosticamos a la paciente de CNCP de la región nasosinusal, una rara neoplasia caracterizada por la rápida invasión local y la elevada tasa de recurrencia y/o metástasis.

27. VASCULOPATÍA COLÁGENA CUTÁNEA: UNA IMAGEN HISTOPATOLÓGICA REVELADORA

N. Barrado Solís^a, B. Rodrigo Nicolás^a, P. Molés Poveda^a, C. Lloret Ruiz^a, V. Pont Sanjuán^a, P. Navarro Conde^b, E. Gimeno Carpio^a y M. Moragón Gordon^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. España.

Introducción: La vasculopatía colágena cutánea (VCC) es una microangiopatía clínicamente indistinguible de la telangiectasia esencial generalizada, siendo la anatomía patológica imprescindible para su diagnóstico diferencial. A continuación, presentamos un nuevo caso de VCC en una mujer, resaltando la importancia de pensar en esta entidad y de realizar una biopsia cutánea para su diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 65 años de edad que consultó por telangiectasias múltiples de años de evolución localizadas en miembros inferiores, con aparición más reciente en miembros superiores. A la

exploración, se apreciaban telangiectasias múltiples, bilaterales y simétricas, que blanqueaban a la vitropresión. Se le realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones del muslo, que reveló un engrosamiento de la pared de los vasos de la dermis superficial, consistente en un material hialino que se teñía de rosa con hematoxilina-eosina y que era positivo para PAS-diestasa. Este material también fue positivo para la tinción inmunohistoquímica de colágeno IV, con lo que se llegó al diagnóstico de VCC.

Discusión: La VCC es una entidad poco descrita que afecta a los vasos sanguíneos de la dermis superficial, provocando un engrosamiento de la pared de los mismos, debido al depósito de un material eosinófilo hialino. Este material se caracteriza por ser positivo para las tinciones de colágeno y para PAS-diestasa. También existe inmunorreactividad con anticuerpos frente al colágeno IV. No requiere tratamiento, al ser un problema estético, aunque se han publicado buenos resultados con el láser de colorante pulsado.

28. DERMATITIS DE CONTACTO SIMULANDO PAPULOSIS LINFOMATOIDE

P. Mercader García^a, R. Rojo España^a, B. Perez Suarez^a, A. Peña García^a, E. Alcaraz Mateos^b y N. Navarro Martínez^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: La papulosis linfomatoide es un proceso linfoproliferativo CD30 positivo cutáneo primario, caracterizado por la aparición recurrente de lesiones pápulonodulares con tendencia a la ulceración y cicatrización.

Caso clínico: Varón de 46 años que acudió a consulta en febrero de 2011 por unas lesiones costrosas pruriginosas en dorso de ambas manos y antebrazos refractarias al tratamiento con corticoides tópicos. Se realizó una biopsia cutánea que mostró un infiltrado dérmico difuso compuesto por linfocitos de aspecto activado con el marcador CD30 positivo. El paciente fue diagnosticado de papulosis linfomatoide realizándose un estudio de extensión que fue negativo y siendo tratado con metotrexato. Posteriormente en el verano de 2011 y 2012, presentó lesiones en el dorso de ambos pies, similares a las que había presentado en las manos, pero con una biopsia sugestiva de dermatitis espongiótica. Ante la sospecha de dermatitis de contacto se interrogó de nuevo al paciente, refiriendo contacto con un guante de piel, cuando tuvo las lesiones de las manos. Se realizó una prueba de uso con el guante que reprodujo las lesiones y pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea, que fue positiva para el dicromato potásico al 0,1% en vaselina a las 48 y 96 horas, confirmando el diagnóstico de dermatitis de contacto.

Discusión: El diagnóstico diferencial de la papulosis linfomatoide incluye otros procesos linfoproliferativos, pero también procesos inflamatorios que pueden presentar similitudes clínicas e histológicas con esta.

29. TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GRANULARES CUTÁNEO

Y.C. Pérez González^a, M. Llamas Velasco^a, L. Pagura^b, L. Cortes Iambea^b y L. Requena^c

^aHospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid. ^bHospital Universitario de Móstoles. Madrid. ^cFundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

El tumor de células granulares es una neoplasia benigna e infrecuente, descrita por Abrikossov en 1926 como "mioblastoma de células granulares". Solo el 1-2% de los casos dan metástasis o tienen comportamiento local agresivo, existiendo menos de 100 casos reportados en la literatura como Tumor maligno de células granu-

lares (TMCG). Nuestro caso se trata de una mujer de 51 años que presentó una tumoración en región escapular izquierda constituida por una población de células con citoplasma amplio y granular con núcleos redondos isomorfos, el índice mitótico era de 5 mitosis/10 cga y se observó aislados focos de necrosis. La células fueron positiva para para S100, CD68 y calretinina, y negativas para citoqueratinas, MELAN-A y HMB 45. El Ki 67 mostró un índice de proliferación del 8%. A los 3 meses la paciente presentó metástasis ganglionares y a los 10 meses recurrencia local. Los TMCG son infrecuentes y plantean dificultades diagnósticas al tener diferenciar entre los que tienen comportamiento local agresivo o potencial metastásico. Nuestro caso tiene criterios histológicos de atipia según los criterios de Fanburg, con un Ki 67 menor al reportado en los casos malignos (mayor al 10%), sin embargo, presentó un comportamiento clínico agresivo con metástasis y recidiva local. Por lo tanto y basándonos en los criterios actuales, creemos apropiado usar la clasificación propuesta por Nasser, excluyendo la subcategoría de atípicos y designando como TCG de potencial maligno incierto a los que presentan necrosis y/o mitosis y reservar la designación de maligno a aquellos tumores que presentan metástasis.

30. EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA ADQUIRIDA DE PREDOMINIO FACIAL

J.A. Piñero Sánchez^a, J. Miralles Botella^a, J.M. Mascaró Galy^b, J. Onrubia Pintado^c, M. García Baldoví^a, D. Cremades Lloria^a y M. Moragón Gordon^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Introducción: La presencia de vesículas y costras de predominio facial puede dar lugar a un gran número de diagnósticos diferenciales donde se incluyen las dermatosis ampollasas. Presentamos un caso clínico con estas características cuyo estudio desveló que se trataba de una enfermedad ampollasa autoinmune con afectación de piel y mucosas.

Caso clínico: Mujer de 28 años, natural de Ecuador, con antecedentes de rinitis alérgica, que consultó por la erupción de lesiones papuloeritematosas y costrosas alrededor de los orificios nasales. Junto a estas lesiones, que la paciente atribuía a su rinitis alérgica, refería la aparición de pequeñas vesículas de contenido claro en ambas mejillas. El diagnóstico inicial fue de impétigo, pero el cultivo bacteriológico fue negativo y, aunque presentó una mejoría inicial con mupirocina tópica, las vesículas siguieron apareciendo adoptando una morfología anular cuyo centro era la pirámide nasal. Una primera biopsia (realizada en otro centro) se informó compatible con lupus eritematoso, sin embargo, la paciente no presentaba clínica de lupus sistémico y el estudio de anticuerpos antinucleares fue negativo. Una segunda biopsia desveló que se trataba de una dermatosis ampollasa subepidérmica. La inmunofluorescencia directa (IFD) mostró depósitos de IgA, Ig G (muy intensos), IgM (tenues) y C3 (más tenues que los de IgG) a lo largo de la membrana basal dermoepidérmica. Se repitió esta técnica sobre piel separada por cloruro sódico 1M que detectó la presencia de anticuerpos de tipo IgA y de tipo IgG (muy intensos) que teñían de forma exclusiva la parte dérmica de la membrana basal separada. Los hallazgos clínicos, histológicos y de IFD fueron compatibles con una epidermolisis ampollasa adquirida (EBA) de tipo inflamatorio.

Discusión: La EBA es una rara dermatosis ampollasa autoinmune con anticuerpos dirigidos contra el colágeno tipo VII (componente principal de la fibrillas de anclaje). La forma clásica de la entidad se presenta como una enfermedad mecanoampollasa que recuerda a la Epidermolisis ampollasa congénita (de ahí su nombre). Junto a esta forma clásica se han descrito otros cuadros que representan variantes inflamatorias de EBA y cuya clínica semeja a otras enfermedades ampollasas: penfigoide ampolloso, penfigoide cicatricial,

penfigoide cicatricial tipo Brunsting Perry y dermatosis Ig A lineal. En nuestro caso pensamos que podría tratarse de una EBA en su variante penfigoide ampolloso, pues aunque presentó un predominio de afectación de cabeza y cuello lo que planteó la posibilidad de que se tratase de una EBA tipo Blunsting Perry, la paciente presentó afectación en otras localizaciones fuera del área facial y las lesiones se resolvieron sin dejar cicatriz.

Conclusiones: Presentamos un raro caso de dermatosis ampollasa de localización predominantemente facial cuyo estudio histológico y de inmunofluorescencia fue compatible con una EBA.

31. DERMATOFIBROMAS FACIALES: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE 20 CASOS

J.R. Estela, M.T. Rico, B. Unamuno, J. Garcías, L. Cubells y V. Alegre

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

Introducción: El dermatofibroma es uno de los tumores cutáneos benignos más frecuentes. Suele aparecer en las extremidades inferiores entre la tercera y la quinta década de la vida, siendo más frecuente en mujeres. El diagnóstico clínico frecuentemente es sencillo. Se asocia a una tasa muy baja de recidivas locales tras la extirpación.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en dermatofibromas de localización facial con el fin de discutir las características clínicas e histopatológicas en esta localización.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las características clínico-patológicas de los dermatofibromas de localización facial diagnosticados en el Departamento de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia entre los años 1990 y 2012.

Resultados: Se incluyeron 20 casos de dermatofibromas de localización facial (1,11% de los diagnosticados en todas las localizaciones). Estas lesiones mostraron un amplio rango de edad de aparición, que osciló de 28 a 84 años, con una media de 57,15 años y una mediana de 54 años. La distribución por sexo fue de 11 mujeres y 9 hombres. El promedio de seguimiento fue de 83 meses, con ninguna recurrencia local. Todos los casos estaban confinados en dermis papilar y reticular y el patrón de crecimiento predominante fue el estoriforme.

Conclusiones: El estudio de los dermatofibromas de localización facial observados en nuestro centro un periodo de 22 años sugiere que esta es una localización infrecuente pero que en la mayoría de los casos tiene un comportamiento similar al de otras localizaciones.

32. ELEVADA PREVALENCIA DE MUTACIONES DE NRAS Y DETECCIÓN DE MUTACIONES NO-V600E EN EL MELANOMA METASTÁTICO

A.M. Muñoz Mármol^a, C. Sanz^a, M.E. Galán García^b, M. López Peña^a, A. Boada^a, J.L. Manzano^c, M.T. Fernández Figueras^a y A. Ariza^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.

^bComplejo Hospitalario Universitario de Badajoz. España. ^cInstitut Català d'Oncologia. Barcelona. España.

Introducción: Las mutaciones en los genes *BRAF*, *NRAS* y *KIT* de la vía de señalización MAPK juegan un papel conductor en el desarrollo del melanoma. Conocer su incidencia y las estrategias más eficientes para detectarlas, proporciona información epidemiológica y patogénica útil para afrontar su incremento en número de casos y mortalidad.

Material y métodos: Se han estudiado las mutaciones de *BRAF* (exón 15), *NRAS* (exones 2 y 3) y *KIT* (exones 11, 13 y 17) en 53 pa-

cientes con melanoma metastático. Se extrajo DNA tumoral de tejidos parafinados tras disección manual. La presencia de mutaciones fue estudiada mediante PCR/secuenciación Sanger. Los casos BRAF WT y los dobles mutados fueron corroborados mediante el BRAF 600/601 StripAssay® (ViennaLab).

Resultados: Un 51% (27/53) de los casos presentó mutaciones del gen *BRAF*, un 21% (11/53) mutaciones en el gen *NRAS* y un caso en el gen *KIT*. La distribución de las mutaciones en *BRAF* fue: V600E (23), V600K (2), V600R (1) y K601E (1).

Discusión: Hemos detectado, en una proporción elevada de casos, mutaciones en *NRAS* (21%) y en un 7,5% mutaciones no-V600E de *BRAF*. Nuestros resultados avalan la importancia de buscar nuevos tratamientos frente a melanomas con mutaciones de *NRAS*. Por otro lado, dado que se ha descrito la respuesta de diversas mutaciones poco frecuentes del gen *BRAF* a vemurafenib *in vitro*, creemos aconsejable el uso combinado de técnicas que nos aporten tanto sensibilidad como la posibilidad de detectar mutaciones poco habituales de *BRAF*.

33. ALOPECIA CICATRIZAL CENTRÍFUGA CENTRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Fernández^a, C. Sánchez Herreros^b, C. Perna Monroy^a, S. Alonso García^a, R. Regojo Zapata^a y J. Cuevas Santos^a

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Se presenta una mujer de 29 años, de raza negra, que desde hace 3 años ha notado pérdida progresiva de cabello, inicialmente en vértex con extensión a la región interparietal y prurito asociado. La paciente había utilizado durante largo tiempo productos químicos para alisar el cabello, y ocasionalmente peinados étnicos y extensiones. En la exploración se objetivó placas alopécicas de aspecto cicatricial con forma irregular y descamación en regiones parietales y vértex. Se remitieron dos cilindros de piel, se procesaron, uno con cortes transversales y otro con cortes longitudinales. En el estudio histológico se identificó una pérdida de folículos pilosos y una lesión fibrótica cicatricial fundamentalmente en la dermis reticular superficial. No se observó componente neutrofílico ni fenómenos secundarios a tracción. La lesión tiene un cuadro de fibrosis concéntrica que recuerda a las lesiones tipo liquen plano pilar sin apenas componente inflamatorio y con lesión predominantemente fibrosante en forma de capas de cebolla en torno a los folículos. Con técnica de hierro coloidal no se identifican mucinas. Se realizó una analítica completa detectando un nivel de ferritina y vitamina D bajos. Se practicó un estudio micológico de las escamas y pelo que resultaron negativos. Basado en el cuadro clínico, junto con los cambios histológicos se realizó el diagnóstico de alopecia cicatricial centrífuga central, una entidad poco frecuente en nuestro medio.

34. LINFOMA PRIMARIO CUTÁNEO T PERIFÉRICO “TCR SILENTE”

M.C. González Vela, S. Montes, M. Drake, R. Sánchez Pacheco, F. Mazorra, S. Armesto y M.A. Piris

Servicio de Anatomía Patológica; Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo Español de Dermatopatología. Santander. España.

Varón de 72 años que en febrero del 2011 acudió al servicio de dermatología por un nódulo en el muslo de 3 meses de duración. No presentaba síntomas clínicos de enfermedad extracutánea. El TAC toracoabdominal y el PET fueron negativos. Se realizó biopsia del nódulo cutáneo que mostró una proliferación linfoide T CD3, CD56 y Granzima B positiva; siendo negativa para CD4, CD8, CD30, TCR

gamma, TCR beta, EBER, PD1, CD20. Se realizó biopsia de médula ósea que no mostró infiltración. Se inició tratamiento Radioterápico con curación parcial de la lesión. A los 6 meses aparecieron nódulos en otras localizaciones, por lo que se instauró tratamiento con CHOP. El paciente murió en Marzo del 2012.

35. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CON PATRÓN HISTOLÓGICO TRENZADO

T. Usero Bárcena^a, C. Román Curto^a, M. Roncero Riesco^a, J.M. Mir Bonafé, E.A. Fernández López^a y A. Santos-Briz Terrón^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de crecimiento lento y agresividad local, con bajo riesgo de metástasis. Suele presentarse en tronco, en adultos jóvenes. Histológicamente consiste en un infiltrado de células fusiformes CD34 positivas con crecimiento estoriforme que infiltra disecando la grasa subcutánea con patrón en panal de abeja.

Caso clínico: Varón de 66 años con placa eritematosa preesternal con múltiples nódulos, de 20 años de evolución, sin antecedente traumático. La lesión fue extirpada con márgenes quirúrgicos amplios, sin recidivas tras 3 años de seguimiento. El examen histológico mostró una proliferación mal delimitada de células fusiformes que afectaba a la dermis reticular y al tejido celular subcutáneo infiltrando y disecando los adipocitos. En la región superficial las células presentaban una agrupación estoriforme típica pero en profundidad se apreciaban células tumorales agrupadas en cordones y fascículos que se entrelazaban formando un patrón trenzado. La inmunohistoquímica mostró positividad para CD34. La técnica de hibridación *in situ* con fluorescencia (FISH) que demostró la traslocación t(17;22)(q21;q13) del gen PDGFB. Las áreas con patrón trenzado presentaban además moderado grado de amplificación de la región 5' del gen PDGFB.

Discusión y conclusiones: Se han descrito diferentes tipos de DFSP en función de las características celulares y del estroma. Presentamos un nuevo patrón trenzado que puede presentar problemas en el diagnóstico diferencial con patologías menos agresivas, como los tumores neurales, para lo que habrá que apoyarse en las características clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y en última instancia citogenéticas.

36. MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA “DERMATOFITOSIS-LIKE”

P. Molés Poveda^a, B. Rodrigo Nicolás^a, C. Lloret Ruiz^a, V. Pont Sanjuan^a, P. Navarro Conde^b, E. Gimeno Carpio^a y M. Moragón Gordon^c

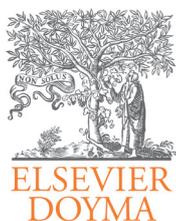
^aServicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. España.

Introducción: La Micosis Fungoide (MF) es el linfoma cutáneo más frecuente. Afecta más frecuentemente a varones adultos y a la raza negra. Clínicamente se presenta como máculas, placas y tumores en áreas no foto-expuestas. El diagnóstico recae en la correlación clínico-patológica y molecular. Sin embargo, puede ser difícil en estadios precoces y en casos de variantes clínico-patológicas poco frecuentes como la *folliculotropa*.

Caso clínico: Varón de 65 años que consultó por dos placas alopécicas en la zona distal del dorso del antebrazo derecho de un año de evolución. En la exploración física, se objetivaron dos placas redondeadas alopécicas de 4 cm. En la dermatoscopia destacaba la presencia de comedones. Se planteó el diagnóstico diferencial entre dermatofitosis, alopecia areata o por fricción y mucinosis. Se pautó

tratamiento empírico con itraconazol que fue suspendido por la negatividad del cultivo y la ausencia de mejoría. Se realizó una biopsia que evidenció cambios histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con MF foliculotropa, por lo que se inició tratamiento con corticoides tópicos potentes. El estudio de extensión hasta el momento ha sido negativo y ha evolucionado con una nueva lesión similar en una extremidad inferior.

Discusión: La MF foliculotropa es una variante infrecuente, caracterizada por la presencia de linfocitos atípicos alrededor del epitelio folicular con ausencia de infiltrado del epitelio superficial. La clínica es variable incluyendo comedones, quistes, lesiones acneiiformes o tipo prúriga, o como en el caso presentado, placas alopecias. Es por esto que la correlación clínico-patológica es fundamental para establecer el diagnóstico como en nuestro caso.



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN DERMATOLOGÍA

Reunión del Grupo Español de Epidemiología y Promoción de la Salud en Dermatología

Valencia, 7 de junio de 2013

1. VALORACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A DERMATOLOGÍA

N. van Moen del Amo^a, M.P. Gil Mateo^b y R. Cabrera Paz^b

^aResidente de 3º año de MFyC. ^bHospital General de La Palma. Breña Alta. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La lista de espera de Dermatología es uno de los caballos de batalla de la gestión sanitaria de nuestra especialidad. Hemos realizado este estudio conocer las patologías que se derivan desde Atención Primaria (AP) y poder valorar cómo podríamos mejorar dicha derivación y, por tanto, poder disminuir la lista de espera en nuestra Área.

Objetivos: Valorar la descripción de la lesión y los criterios coherentes de derivación, en las interconsultas realizadas al Servicio de Dermatología desde Atención Primaria. Hipótesis de trabajo: Verificar la calidad en la derivación de los pacientes con patología dermatológica realizada por los médicos de familia.

Material y métodos: Diseño: Estudio transversal retrospectivo. Ámbito de realización: Atención especializada. Consulta externa de Dermatología. Hospital General de La Palma. Criterios de selección: Todos los pacientes derivados, desde Atención Primaria a la Consulta de Dermatología, durante un periodo de 4 meses (de septiembre a diciembre del año 2012). Métodos de evaluación: Para las 2 variables a medir (correcta descripción de la lesión y criterios coherentes para poder hacer la derivación) se utilizaron los criterios de las Guías de la SEMFYC, Atención Primaria y los métodos propios de dermatología.

Resultados: Se recogieron 414 pases de primera visita a la consulta de Dermatología en ese periodo. De ellos, el 94% eran de Atención Primaria y el 6%, interconsultas de otras especialidades hospitalarias. Un 64% de los pacientes derivados era de mujeres, y un 36% de varones. Entre los pases remitidos desde AP, en un 42,55% estaba descrita la lesión (en un 19,15% bien descrita y en un 23,4% era incompleta la descripción) y en un 57,45% no está descrita. En cuanto a criterios coherentes de derivación, un 40,43% los cumple y un 59,57% presenta criterios incoherentes. En cuanto al tipo de patologías remitidas, las más frecuentes fueron los tumores benignos

(41%). Un 15,3% de los casos eran remitidos por algún tipo de eczema; un 10% por patología infecciosa (entre la que destaca las verrugas víricas); un 8% por patología pigmentaria (léntigos solares, vitiligo y otras) y un 7% eran remitidos por acné. Tan sólo un 7,5% de las derivaciones fueron por patología tumoral maligna, y un 7,2% por patología precancerosa. Del porcentaje de tumores benignos la queratosis.

Discusión: Las causas de la lista de espera en Dermatología es multifactorial. Por un lado hay fallos en la gestión sanitaria, ya que muchos pacientes tienen citas duplicadas, y cuando no pueden acudir a sus citas, no suelen anularlas. Por otro lado, un porcentaje importante de pacientes remitidos desde Atención Primaria lo son por patología benigna, sea tumoral, infecciosa, pigmentaria o de otra índole; y la demanda de asistencia en muchos casos puede ser atribuida a un motivo claramente estético. Si conseguimos evitar la remisión de la mayoría de este tipo de pacientes, la lista de espera podría reducirse de forma considerable. Por todo ello, debemos mejorar los criterios de derivación a Dermatología por parte de los médicos de Atención Primaria, así como mejorar la comunicación entre ambos niveles.

Bibliografía

Porta N, San Juan J, Grasa MP, et al. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:207-12.

2. ¿DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL CARCINOMA BASOCELULAR? ESTUDIO PROSPECTIVO DE CAUSAS Y MOTIVOS EN 292 CASOS. ESTRATEGIAS DE MEJORÍA

H. Husein El Ahmed, R. Naranjo Sintés, J. Aneiros Cachaza y M.T. Gutiérrez Salmerón

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: Con frecuencia existe un retraso temporal entre la aparición de una lesión sospechosa de carcinoma basocelular (CBC) y el momento temporal en el que se hace el diagnóstico y trata-

miento correcto. Los motivos de este retraso se han estudiado previamente en otros tumores cutáneos como el melanoma, sin embargo, no existen datos concluyentes en el caso del CBC.

Métodos: Diseñamos un estudio monocéntrico en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de CBC. Analizamos factores asociados a la detección de la lesión (síntomas), características del tumor, historia previa de CBC, historia familiar y presencia de comorbilidades.

Resultados: El tiempo medio de diagnóstico fue de $19,79 \pm 14,71$ meses. El retraso en el diagnóstico se asoció significativamente a: edad > 65 años, pacientes sin historia previa personal ni familiar de CBC, pacientes con lesiones localizadas fuera de cabeza y cuello y lesiones sin síntomas asociados.

Conclusiones: Nuestro estudio pone de manifiesto que existe un considerable retraso en el diagnóstico del CBC. Las principales razones asociadas a este retraso tienen que ver con la decisión inicial del paciente a consultar con un médico. Estos datos sugieren que se precisa de mayor información a la población general sobre los síntomas y signos de una lesión sospechosa de CBC.

3. MOTIVOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA EN UN ÁREA SANITARIA DE NUEVA CREACIÓN

D. Estrella Aquino^a, S. Vidal Asensi^a, B. Esteban Lazareno^b, L. Luelmo Granados^a, C. Arjona Manuel^a y J. García Funes^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Introducción: Las enfermedades de la piel constituyen un motivo frecuente de consulta en atención primaria. De estas, un número importante son derivadas al especialista en dermatología, atendiendo a criterios no estandarizados en muchas ocasiones. En enero de 2012, el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla se hizo cargo de un área de aproximadamente 110.000 usuarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Los pacientes de dermatología son derivados directamente desde los Médicos de Atención Primaria (MAP) al especialista, al carecer de estos en los ambulatorios.

Objetivos: Nuestro objetivo principal es conocer la frecuencia de las enfermedades cutáneas en las primeras consultas en Dermatología derivadas por los MAP.

Material y métodos: Durante el año 2012 se han recogido mediante muestreo consecutivo no probabilístico, historias clínicas de los pacientes llegados a nuestro servicio directamente desde atención primaria, cuyo único criterio de remisión es el diagnóstico del MAP.

Resultados: Examinadas 1.000 historias, apreciamos un predominio de mujeres (56%) frente a los varones (44%). Observamos también una baja concordancia entre los diagnósticos iniciales de atención primaria y los diagnósticos finales en dermatología, que por otra parte resultan ser múltiples en un alto porcentaje de pacientes. Resulta destacado la alta proporción de solicitud de atención por lesiones no solamente benignas, sino también calificables como de "medicina satisfactoria", como queratosis seborreicas y fibromas péndulos, en un 25,7% de los casos. Los nevus melanocíticos afectaron a un 11,2% de los casos. Por otra parte las lesiones premalignas y malignas estuvieron presentes en un 29% de los casos.

Conclusiones: 1) Los resultados indican que las lesiones de tipo tumoral benigna y maligna suponen más de dos tercios de los casos atendidos en dermatología en nuestra área, por lo que constituyen el primer elemento a tener en cuenta en el diseño de políticas sanitarias en nuestra población. 2) La alta demanda de consultas por lesiones benignas, que por otra parte no presentaban un diagnóstico concordante en muchos casos, debería ser uno de los principales focos de intervención. Criterios variables no estandarizados.

Palabras clave: Dermatología. Enfermedades de la piel. Prevalencia.

4. EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES POR SARAMPIÓN EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS

A. Nadal Nadal^a, V. Fernández-Baca Gutiérrez del Álamo^b, M. Cantarero Gutiérrez^a, R. Taberner Ferrer^a, A.T. Vila Mas^a, A. Llambrich Mañés^a, P. Aina del Olmo Simó^c y C. Nadal Lladó^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Microbiología; ^cServicio de Urgencias. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Introducción: El sarampión es una enfermedad de gran contagiosidad, con reservorio exclusivamente humano, disponiendo de una vacuna de virus atenuados de gran efectividad. En los últimos años se han comunicado brotes en diferentes ciudades españolas (Barcelona, Sevilla...) y europeas. El objetivo de este trabajo es agrupar los casos de sarampión diagnosticados en nuestro hospital desde 2002 hasta principios de 2013 y revisar sus características clínicas y epidemiológicas.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas únicamente de aquellos pacientes en los que se obtuvo confirmación microbiológica mediante serología.

Resultados: En el período estudiado, se realizaron 419 serologías, confirmándose 81 casos en dos brotes, en 2011 y 2012. La media de edad se situó en 16,3 años, y en la distribución por edades se observaron dos picos de afectación, en el grupo de 0-5 años con 27 casos y en el de 21-30 con 23. En 37 de 81 casos existía un contacto previo conocido (45%) y en ninguno se pudo demostrar la correcta vacunación del paciente. A 34 de 81 pacientes se les había administrado antibiótico antes de consultar a nuestro hospital (42%). Todos presentaron fiebre, rash en el 95%, manchas de Koplik en el 51% y en el 40% se observó conjuntivitis, pero este porcentaje se incrementa hasta el 60% en el grupo de 0-10 años. En el momento del diagnóstico, casi la mitad de los pacientes presentaban alteraciones en el perfil hepático, principalmente a expensas de las enzimas de colestasis y citolisis. La media de los valores de proteína C reactiva fue de 42,3 mg/L. Requhirieron hospitalización 37 de 81 infectados (45%) con una estancia media de 5,3 días. El cuadro se complicó con neumonía en 12 pacientes. Solamente uno requirió ingreso en UCI. En 2011 se consiguió aislar el genoma del virus de 17 pacientes, 18 correspondieron al genotipo B3 y uno al D8; en el 2012 el genotipo D4 fue el único aislado (27 ocasiones).

Conclusiones: La importante movilidad de las poblaciones, la formación de grupos de susceptibles y el retraso en el diagnóstico facilitan brotes de enfermedades contagiosas que se creían controladas. Hemos comprobado la estacionalidad de los brotes, su distribución geográfica, cambios en los genotipos circulantes y las principales características clínicas y analíticas de los pacientes.

5. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO DE PACIENTES CON EL SÍNDROME DE GILBERT EN UNA POBLACIÓN CON ACNÉ GRAVE EN TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA ORAL

P. Fernández-Crehuet Serrano, J.L. Fernández-Crehuet Serrano, E.M. Cano-Armenteros y P. Calleja-Cabeza

Servicio de Dermatología. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

Introducción: El uso de isotretinoína para el tratamiento del acné grave es una práctica habitual en la consulta dermatología desde hace más de 30 años. Se han descrito múltiples efectos adversos entre los que destacamos la hepatotoxicidad que ocurre en menos de un 10%. En pacientes con disfunción hepática se esperaría un aumento de sensibilidad a isotretinoína ya que ésta se metaboliza por el hígado y se excreta por la bilis. El síndrome de Gilbert es un trastorno hereditario caracterizado por un aumento de bilirrubina (Bi) no conjugada o indirecta y presenta una prevalencia aproximada de un 6% en la población general.

Métodos: Durante el periodo de septiembre 2008 a septiembre 2012, se incluyeron pacientes con acné grave atendidos en la consulta de dermatología del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar que iban a comenzar tratamiento con isotretinoína oral diferenciando un grupo con y otro sin síndrome de Gilbert y se estudiaron los resultados analíticos en sangre en las diferentes revisiones. Se recogieron las siguientes variables: hemograma, glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, transaminasas. GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos. Se consideró como diagnóstico de síndrome de Gilbert al aumento de Bi total a expensas fundamentalmente de Bi indirecta. Se empleó como grupo control a pacientes del mismo intervalo de edad y proporción de sexos, escogidos aleatoriamente con acné grave en tratamiento con isotretinoína oral en seguimiento con mismos periodos de revisiones y analíticas. Realizamos estudio estadístico con SPSS 13.0 para comparar ambos grupos.

Resultados: Observamos normalización de los valores de Bi en los pacientes con síndrome de Gilbert y ausencia de variación significativa en el grupo control. Asimismo estudiamos la evolución de lípidos y transaminasas en ambos grupos.

Conclusiones: La isotretinoína oral es un tratamiento seguro en pacientes con síndrome de Gilbert y por mecanismos aún desconocidos normaliza los niveles de Bi en estos pacientes

6. IMPACTO DE LA PSORIASIS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CONVIVIENTES

E. Martínez García^a, C. Garrido Colmenero^a, G. Blasco Morente^a, I. Valenzuela Salas^a, V. García Mellado^a, S. Arias Santiago^a y A. Buendía Eisman^b

^aUGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^bFacultad de Medicina de la Universidad de Granada. España.

Introducción: Las enfermedades dermatológicas pueden tener un gran impacto psicológico y sobre la calidad de vida de los pacientes¹. En los últimos años hay un gran interés por las comorbilidades de los pacientes con psoriasis, hallándose ampliamente documentada su pérdida de calidad de vida, así como una mayor tendencia a trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad². Sin embargo, disponemos de pocos estudios que se ocupen de cómo la psoriasis afecta a la calidad de vida de los familiares de los pacientes³. En este trabajo se busca determinar la influencia de la psoriasis sobre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, de los convivientes de los pacientes afectados.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes con psoriasis con: PASI superior a 5,0, acropulpetis psoriásica, psoriasis genital o psoriasis de cuero cabelludo grave. Participaron en el estudio un total de 130 individuos (34 pacientes con psoriasis, 49 convivientes de pacientes y 47 controles sanos) en los que se determinaron índices de calidad de vida (DLQI y Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI)), ansiedad y depresión (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión).

Resultados: La puntuación del FDLQI de los convivientes mostró una fuerte asociación estadística con la puntuación del DLQI de los pacientes (R de Spearman, coeficiente de correlación 0,554, $p < 0,001$). Asimismo, los niveles de ansiedad y los de depresión fueron superiores entre los pacientes y los convivientes que entre los controles, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en ambos casos (ANOVA, $p < 0,001$).

Discusión: Este estudio analiza, por medio de escalas internacionalmente aceptadas y validadas, el impacto de la psoriasis sobre la calidad de vida y desórdenes emocionales en los pacientes, relacionándolo de forma estadísticamente significativa con trastornos en los mismos ámbitos para aquellos que conviven con estos enfermos.

Conclusiones: La psoriasis es una enfermedad cuyos los efectos trascienden más allá de las manifestaciones físicas cutáneas, disminuyendo la calidad de vida y aumentando el riesgo de trastornos de ansiedad y depresión tanto de quienes la padecen directamente, como de sus allegados.

Bibliografía

1. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE. The Greater Patient concept. *Br J Dermatol.* 2008;158:176-8.
2. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103 Suppl 1:1-64.
3. Eghlileb AM, Basra MKA, Finlay AY. The psoriasis family index: preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. *Dermatology.* 2009;219:63-70.

7. PSORIASIS Y ESTATINAS. UNA ASOCIACIÓN TERAPÉUTICA POR DESCUBRIR

F.M. Almazán Fernández^a, S. Arias Santiago^a, L. Castellote Caballero^b, J.C. Ruíz Carrascosa^b y R. Naranjo Sintés^b

^aHospital General Básico de Baza. ^bHospital Clínico San Cecilio de Granada. España.

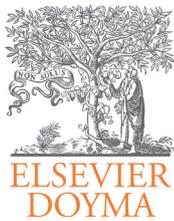
Introducción: Es bien conocida la asociación de la psoriasis con un aumento del riesgo cardiovascular. Las estatinas se han usado en psoriasis por su capacidad inmunomoduladora, incluso existen estudios que las plantean como una opción terapéutica.

Objetivo: Estudio de la modificación del grosor de la íntima media y placa de ateroma en pacientes con psoriasis tras la administración de Atorvastatina 40 mg/día.

Material y métodos: 10 pacientes con psoriasis, obtenidos de forma aleatoria, se les administró Atorvastatina 40 mg/día durante 9 meses. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de patología cardiovascular personal y familiar, historia de la psoriasis incluyendo tratamiento actual y previos, presencia de otras comorbilidades asociadas parámetros de medida de la gravedad del psoriasis y estudio analítico completo. Estudio ecográfico carótida derecha e izquierda al inicio y a los 9 meses de tratamiento.

Resultados: Se produjo una reducción estadísticamente significativa del grosor de íntima media de la carótida derecha, e igualmente la placa de ateroma se redujo significativamente.

Discusión: Los pacientes con psoriasis tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. El grosor de íntima media es un marcador de ateromatosis subclínica y riesgo cardiovascular. Las estatinas se han usado en psoriasis por su capacidad inmunomoduladora, así como en otras patologías para el control de comorbilidades cardiovasculares. La Atorvastatina puede ser un arma terapéutica en pacientes con psoriasis, en el tratamiento de dichas comorbilidades, así como, como se ha descrito en la literatura, pueden jugar un papel estabilizador de la enfermedad. Pese a las limitaciones, consideramos que es un paso más en el estudio de esta asociación terapéutica, y serían necesarios más trabajos de investigación para determinar las indicaciones precisas para que los pacientes se beneficiaran de este tratamiento.



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE FOTOBIOLOGÍA

XXVII Reunión del Grupo Español de Fotobiología

Madrid, 2 de febrero de 2013

1. MANEJO AVANZADO DEL XERODERMA PIGMENTOSO. SINERGIAS DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA Y UN PRODUCTO CON FOTOLIASA

S. Vidal Asensi^a, D. Estrella Aquino^a, C. Arjona Manuel^a, J. García Funes^a, L. Luelmo Granados^a y D. de Agustín Vázquez^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

El Xeroderma Pigmentoso (XP) es un grupo de enfermedades de herencia autosómico-recesiva que se caracterizan por una susceptibilidad aumentada al daño en el ADN. La susceptibilidad se atribuye a una reparación alterada del ADN. El daño es preferentemente provocado por las Radiaciones Ultravioleta, (aunque también puede ser causado por otros carcinógenos). Las manifestaciones cutáneas de los pacientes con XP son comunes, con variaciones en la gravedad de los signos y en la edad de aparición: Debut en la infancia con facilidad para eritema solar, edema y vesículas con mínimas exposiciones al solar. A los 2 años, la mayoría padecen lentigos solares. Si continua la exposición, la piel gradualmente se torna más xerótica: piel seca y pigmentada, o Xeroderma pigmentosum. En partes expuestas, van apareciendo queratosis actínicas, carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares (CCNM 8 años EM), y melanomas, con aparición en la adolescencia, con incidencia multiplicada por 1000. Presentamos el caso de un varón de 37 años con historia de lesiones carcinomatosas múltiples en áreas expuestas desde la adolescencia, sobre todo en cara. Posteriormente, a partir de los 20 es sometido a extirpaciones de lesiones en tronco y extremidades con el diagnóstico de melanoma, resultando en cicatrices visibles especialmente en cara. La piel destacan las alteraciones tipo lentigos, atrofia y queratosis actínicas, Se decide iniciar tratamiento en cara con Terapia fotodinámica convencional con MAL y lámpara Aktelite. A pesar de los dolores intensos de las primeras sesiones, la mejoría nos anima a continuar la terapia. En la actualidad se programan alrededor de 6 sesiones periódicas anuales en primavera y otoño de TFD con luz de día en todas las áreas que solía tener expuestas en la infancia. Al tratamiento se le añade dos aplicaciones diarias una crema con fotoprotector y fotoliasa. Los buenos resultados nos indican que esta combinación de tratamientos parece

tener un efecto sinérgico revirtiendo, en parte y temporalmente, la gravedad del extenso campo de cancerización que padece este paciente.

2. FOTOFÉRESIS. PASADO, PRESENTE Y FUTURO

A. Harto, M. Urech, N. Jiménez, L. Alonso, A. Ballester y P. Jaén
Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

La Fotoquimioterapia extracorpórea se incorporó al tratamiento de los Linfomas Cutáneos a finales de los ochenta. Desde entonces muchos estudios han avalado su eficacia, estando incorporada en la cartera de servicio de nuestra especialidad de Dermatología. Desde hace muy pocos años los hematólogos han incorporado dicha técnica para el tratamiento de la enfermedad Injerto contra Huésped de los pacientes tratados con trasplante de médula ósea, con lo que la mayoría de las unidades de fotoféresis han pasado a sus manos. Exponemos nuestra experiencia desde hace 23 años en dicha técnica para reivindicar su utilidad en nuestra especialidad.

3. NUEVA SERIE BASAL EUROPEA PARA FOTOPARCHE

A. Giménez Arnau, A. Anne Bonevalle, D.P. Bruynzeel, A. Goossens, A. Kerr, M. Lecha, N. Neumann, B. Niklasson, P. Pigatto, L. Rhodes, T. Rustemeyer, R. Sarkany, P. Thomas, M. Wilkinson, M. Gonçalo y J. Ferguson

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. España, en nombre de la Photopatch Test Task Force.

Con la intención de crear unas recomendaciones consensuadas para la realización correcta de las pruebas de provocación cutánea de tipo fotoparche, se creó un grupo de trabajo denominado "Photopatch test task force". Se trataba de un grupo que trabajó que ha actuado bajo la supervisión de la "European Society for Contact Dermatitis" (ESCD) y de la "European Society for Photodermatology" (ESPD) durante el año 2000. Una vez finalizado el

estudio "European Multicentre Photopatch Test Study" que recientemente se ha publicado en el "British Journal of Dermatology" (2012; 166:1002-9), los miembros de este grupo de trabajo se reunieron el 17 de febrero del año 2012 en Ámsterdam. El objetivo de esta reunión fue valorar hasta un total de 65 fotoalérgenos conocidos para su inclusión o no en una serie basal para fotoparche. Algunos de los mismos se valoraron por razones históricas y también se incluyeron los fotoalérgenos más recientemente introducidos en el mercado e.g. los fotoprotectores de radiación ultravioleta más avanzados. El objetivo de este día de trabajo fue crear una propuesta de serie basal de fotoalérgenos que pudiera ser recomendada para ser empleada por todos los centros que realizan este tipo de técnica diagnóstica en Europa, así como de una lista accesoria más extensa susceptible de ser empleada en caso de sospecha clínica. Todos y cada uno de los fotoalérgenos fueron expuestos y los motivos por los cuales debieran o no incluirse en la serie basal fueron razonados. La inclusión de cada sustancia fue votada por el grupo de trabajo. De esta manera se elaboró una propuesta de serie basal que incluye 20 sustancias que procederemos someramente a discutir incluyendo principalmente filtros ultravioleta y antiinflamatorios no esteroideos. Una serie de 45 sustancias fotosensibilizantes se incluirían en la serie accesoria susceptible de ser empleada en casos de sospecha clínica. Dos sustancias, una fragancia el alcohol cinámico y un excipiente el decilglucosido debieran siempre ser parchados simultáneamente con la intención de discriminar la fotoalergia sospechada por ketoprofeno and methylene bis-benzotriazolyl tetramethylbutylphenol (Tinosorb M) respectivamente. Se recomienda que los miembros del Grupo Español de Fotobiología sigan estas recomendaciones que en un futuro breve serán publicadas en "Contact Dermatitis".

Palabras clave: Fotoalergia. Fotoalérgenos. Fotoparche.

4. VALORES TÍPICOS DE LA IRRADIANCIA SOLAR UV-A, UV-B, NB, ERITEMA UV Y VITD SEGÚN DIFERENTES CONDICIONES ATMOSFÉRICAS

J. Lorente, Y. Sola y X. de Cabo

Departamento de Astronomía y Meteorología. Universidad de Barcelona. España.

La radiación solar UV que alcanza el suelo depende de numerosas variables, tanto de tipo astronómico (principalmente la altura solar según el día y la época del año) como de tipo atmosférico, según las condiciones de transparencia de la atmósfera. Estas variables afectan también a la composición espectral de la radiación y por tanto a sus efectos biológicos sobre la piel humana, como es el eritema solar o el efecto sobre la producción de la vitamina D. Los espectros de acción nos indican cuantitativamente el efecto relativo de la radiación para las diferentes longitudes de onda. También resulta interesante conocer el valor de la irradiancia solar para algunos intervalos espectrales correspondientes a lámparas muy usadas en fototerapia, como por ejemplo el intervalo UV-B de banda estrecha (NB), entre 309 y 315 nm. A partir de las distribuciones espectrales de la radiación solar medidas con un espectrorradiómetro de alta resolución y de las obtenidas aplicando modelos de transferencia radiativa en el UV se han determinado los valores típicos de la irradiancia solar UV-A, UV-B y NB en diferentes lugares geográficos. Además, utilizando el espectro de acción para eritema y de estimulación de la vitamina D, se han determinado las dosis eritemáticas y de producción de vitamina D de la radiación solar. También se ha calculado la evolución a lo largo del día de las ratios entre la irradiancia solar UV de banda estrecha y la eritemática, por un lado, y de las correspondientes antipsoriasis y eritemáticas por otro, en un claro intento de mostrar la relación beneficio/perjuicio de la exposición a la radia-

ción solar en pacientes con este tipo de trastorno cutáneo. El estudio se ha extendido a la modelización numérica en relación a factores como la altitud, nubosidad, diferentes concentraciones de partículas en suspensión en la atmósfera (aerosoles) y el espesor de la capa de ozono. Las conclusiones de este estudio muestran, por una parte, la idoneidad de la exposición solar fuera de las horas centrales del día en verano para los tratamientos de helioterapia así como la influencia negativa de la disminución de la capa de ozono. También se han determinado las ratios en relación con el índice ultravioleta (UVI), ampliamente extendido como indicador del potencial efecto eritemático de la radiación solar. Se observa que para valores bajos del UVI la helioterapia proporciona dosis terapéuticas demasiado pequeñas de radiación UV-B, mientras que los valores altos o extremos el efecto eritema hace desaconsejable la exposición a los rayos solares. Valores moderados (entre 3 y 6) de este índice serían las condiciones idóneas para los tratamientos de helioterapia.

Palabras clave: Radiación solar UV. Eritema solar. Altitud. Ozono. Nubosidad. Aerosoles.

5. HÁBITOS DE EXPOSICIÓN Y DE PROTECCIÓN SOLAR EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO FOTOTERAPIA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO

M. Leiva^a, L. Cuesta^b, I. Belinchón^a, M.P. Arribas^a, L. Francés^a, P. Soro^a y J.F. Silvestre^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.* ^b*Servicio de Dermatología. Hospital General Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. España.*

Introducción: La exposición solar excesiva supone uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cutáneo y es sabido que la radiación lumínica no es uniforme ya que depende del área geográfica y de los hábitos de protección y exposición solar. De hecho, cuando estos últimos son adecuados, sobre todo desde la infancia, pueden ayudar a prevenir significativamente este riesgo. Sin embargo, existen escasos estudios que describan los hábitos de exposición y la protección solar y debido a que en nuestra área geográfica hay una alta incidencia de radiación solar nos planteamos estudiar los hábitos de exposición y protección solar en un grupo de pacientes que habían recibido previamente fototerapia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en la Unidad de Fototerapia del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante. Para su realización se incluyeron los pacientes que habían recibido fototerapia al menos 3 años antes y se les citó telefónicamente en la consulta. Previo consentimiento informado a los pacientes, se les pasó un cuestionario. Además se estudiaron variables demográficas y variables relacionadas con la exposición y protección solar. Para ello consideramos exposiciones solares aumentadas el trabajo al aire libre, el vivir en el campo o en la playa y la jubilación. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS empleando las frecuencias absolutas y relativas para el estudio descriptivo y la prueba de χ^2 para la comparación de variables siendo las diferencias estadísticamente significativas si la p era menor o igual a 0,05.

Resultados y discusión: Un total de 306 pacientes cumplían criterios de inclusión y de ellos 156 acudieron a la consulta y respondieron al cuestionario. Un 58,4% de los participantes eran mujeres, la edad media fue de 45,7 años y una desviación estándar de 16,7. En nuestra muestra el fototipo 3 fue el mayoritario (68,8%), seguido del fototipo 2 (26%) y el fototipo 4 (5,2%), el resto de fototipos no se encontraban presentes. 105 pacientes presentaron una exposición solar aumentada (68,1%). El tiempo de exposición referido más frecuentemente fue el superior a 2 horas (37%), seguido

del comprendido entre 1 y 2 horas (27,3%). En cuanto a la protección solar, más de la mitad de los pacientes nunca usaban fotoprotector (56,4%). Los que lo hacían, lo más frecuente es que el factor de protección estuviera comprendido entre 30 y 50. Comparando la exposición solar aumentada con el uso de fotoprotector y su frecuencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Los pacientes de nuestro estudio presentaron muy frecuentemente una exposición aumentada con un tiempo de exposición alto. Estos datos son similares o ligeramente superiores a los encontrados en otros estudios lo que podría explicarse en parte por la localización geográfica. Por otro lado, un importante porcentaje de pacientes no se aplicaba protector solar y el tipo de exposición no se relacionaba con el uso o no de fotoprotector. Esto posiblemente sea debido a una falta de concienciación.

Conclusiones: En nuestra muestra hemos detectado una amplia exposición solar con tiempos de exposición largos y una pobre protección solar. Estos factores sumados a la latitud en la que se ha realizado el estudio, probablemente hacen de nuestros pacientes una población con un riesgo aumentado de desarrollo de tumores cutáneos. Por lo tanto, sería interesante intensificar las campañas educativas de fotoprotección.

Palabras clave: Fototerapia. Hábitos de exposición solar. Fotoprotección. Fotoexposición. Protección solar.

6. CRIBADO DE LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN LA UNIDAD DE FOTOTERAPIA

L. Pérez Pérez y J. García Gavín

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

Introducción: La artropatía psoriásica (APso) afecta a un 5-25% de los pacientes con enfermedad cutánea, con una prevalencia variable de 20-420 casos por 100.000 habitantes. Su curso progresivo puede determinar deformidades irreversibles y ocasionar una importante incapacidad funcional, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para ralentizar el avance de la enfermedad y disminuir las complicaciones asociadas. La fototerapia/fotoquimioterapia es un tratamiento eficaz y seguro en los pacientes con psoriasis cutánea. Sin embargo, no ha demostrado eficacia en la mejoría de la sintomatología articular ni en el control de la APso. Por tanto aquellos pacientes psoriásicos con afectación articular no deben ser tratados exclusivamente con fototerapia, debiendo añadirse fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad o bien valorarse otras alternativas terapéuticas eficaces en APso. En los últimos años se han desarrollado diversas herramientas que facilitan el diagnóstico precoz de las manifestaciones articulares asociadas a la psoriasis. El cuestionario PASE (Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation) y más recientemente el cuestionario EARP (Early ARthritis for Psoriatic patients) han demostrado ser útiles para esa finalidad en el ámbito de la dermatología.

Discusión: En la presente comunicación se discute nuestra experiencia en el manejo de los cuestionarios PASE y EARP y como su administración sistemática en la unidad de fototerapia ha permitido mejorar sustancialmente la salud de nuestros pacientes. Consideramos que este tipo de unidades, junto con las especializadas en psoriasis, constituyen el ámbito ideal de administración de este tipo de pruebas.

Conclusiones: La realización rutinaria de cuestionarios de cribado de APso en el seno de la unidad de fototerapia contribuye a mejorar la detección de la enfermedad y a optimizar la selección de los pacientes candidatos a tratamiento.

Palabras clave: Unidad de Fototerapia. Artropatía Psoriásica. PASE. EARP.

7. MODELO IN VITRO DE COCULTIVO DE QUERATINOCITOS Y MELANOCITOS PARA EL ANÁLISIS DEL IMPACTO DE CDKN2A Y MC1R EN CARCINOGENESIS

S. Puig^{a,b}, J.A. Puig Butillé^{a,b}, G. Tell^a, M.J. Escamez^{c,d}, F. García^{e,f}, C. Badenas^{a,b}, P. Aguilera^{a,b}, C. Carrera^{a,b}, J. Dopazo^{e,f}, M. del Río^{c,d} y J. Malvehy^{a,b}

^aMelanoma Unit. Hospital Clínic & IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer). ^bCentro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Raras (CIBERER). Barcelona. España. ^cMedicina Regenerativa. Div. Biomedicina Epitelial. CIEMAT. ^dCentro Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Raras (CIBERER). Madrid. España. ^eBioinformatics Department. Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF). ^fCentro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Raras (CIBERER). Valencia. España.

Las mutaciones germinales en CDKN2A y los polimorfismos de cabello rojo en MC1R se asocian a una mayor susceptibilidad a melanoma y/o otros tipos de cáncer. Para investigar el efecto biológico de ambos genes de forma aislada y en combinación se ha desarrollado un modelo in vitro / in vivo a partir de biopsias de piel de pacientes con pertenecientes a familias de melanoma familiar con la mutación G101W en CDKN2A. Se obtuvieron cultivos primarios cutáneos de dos pacientes con la mutación G101W, uno de ellos con dos polimorfismos de cabello rojo en MC1R y otro con MC1R normal y de otros dos individuos con CDKN2A normal, uno de ellos con dos polimorfismos de cabello rojo en MC1R y otro con MC1R normal. Se ha realizado el análisis comparativo del transcriptoma de co-cultivos de queratinocitos y melanocitos objetivándose 1535 transcripts desregulados en las células con mutación en CDKN2A encontrándose sobre expresados genes relacionados con la inmunidad (*HLA-DPB1*, *CLEC2B*, *IFI44*, *IFI44L*, *IFI27*, *IFIT1*, *IFIT2*, *SP110* y *IFNK*) y disminuidos los genes implicados en la vía de Notch. 3570 transcripts se encuentran desregulados en las células con variante en MC1R. En este caso, los genes sobreexpresados se encuentran asociados a stress oxidativo daño en el DNA así como en enfermedades neurodegenerativas tales como Parkinson, Alzheimer y Huntington. Por el contrario, los genes infraexpresados están relacionados con la síntesis y transporte de pigmento y con la angiogenesis. Estos cultivos cutáneos se han utilizado para realizar injertos de piel humana en ratón, posteriormente irradiados con UVB para valorar el efecto de la radiación UV en este modelo.

8. RECUPERACIÓN DE LA RESPUESTA A TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS MEDIANTE FOTOTERAPIA UVB EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

M.P. Arribas, I. Belinchón, P. Soro, M. Leiva, L. Francés y J.F. Silvestre

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

Introducción: Las formas moderadas-graves de psoriasis pueden beneficiarse de diversos tratamientos aprobados como son la fototerapia, los fármacos sistémicos clásicos o los agentes biológicos. El uso de uno u otro dependerá de las características de la enfermedad y del paciente. Además podemos utilizarlos en monoterapia o combinarlos para obtener una mayor eficacia.

Material y métodos: Presentamos una serie de 16 pacientes, 8 hombres y 8 mujeres, con psoriasis moderada-grave tratados de forma combinada con fototerapia UVB, con un intervalo de dosis total de 3,8 a 94,6 J/cm², como rescate tras la pérdida de eficacia del fármaco biológico (7 con etanercept, 3 con ustekinumab, 4 con adalimumab, 1 con infliximab y 1 con efalizumab) con el que estaban siendo tratados. Determinamos con parámetros objetivos la gravedad de su psoriasis antes y después del UVB. Durante y des-

pués de la fototerapia, los pacientes continuaron con su tratamiento biológico previo y seguimos su evolución en monoterapia.

Resultados y discusión: De los 16 pacientes, 15 obtuvieron una respuesta PASI 50 a PASI 100 con fototerapia UVBBE lo que permitió continuar con el mismo tratamiento biológico en monoterapia manteniendo la respuesta a lo largo del tiempo. La mayoría de los fármacos biológicos han demostrado una mayor eficacia en comparación con fármacos clásicos aunque se necesitan más evidencias sobre su eficacia a largo plazo ya que existe un subgrupo de pacientes que pierden respuesta con el tiempo. Para estos casos existen estrategias de rescate como el acortamiento del intervalo del fármaco o la combinación con otras terapias como fármacos sistémicos o fototerapia. Varias publicaciones han comprobado que la luz UVBBE mejora la eficacia de etanercept, adalimumab y ustekinumab, aunque a diferencia de nuestra serie utilizan la fototerapia al inicio del tratamiento biológico para obtener una respuesta más rápida.

Conclusiones: El tratamiento con fototerapia UVBBE parece ser una buena opción como terapia combinada.

Palabras clave: Psoriasis moderada-grave. Combinación terapias. Tratamientos biológicos. Fototerapia UVBBE.

9. LIQUEN NITIDUS ACTÍNICO

G.E. Solano-López Morel^a, R. Carrascosa^a, E. Sotomayor^a, C. Gordillo^b, A. García Díez^a y D. de Argila^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: El liquen nitidus actínico es una rara fotodermatosis considerada una variante del liquen nitidus que aparece en zonas fotoexpuestas, generalmente en fototipos altos, durante el periodo estival.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón español de 12 años de edad, fototipo III-IV, con historia de dermatitis atópica, que desde los 4 años presentaba brotes de lesiones moderadamente pruriginosas tras la exposición solar de una hora o más y que desaparecían luego del verano. Nunca había presentado lesiones en zonas no fotoexpuestas ni si permanecía menos de una hora al sol. Al examen físico presentaba pápulas blanquecinas de 1-2 mm de diámetro limitadas a zonas fotoexpuestas; dorso de manos, antebrazos, piernas, muslos, respetando zonas cubiertas.

Resultados: Se realizó una biopsia de una pápula que fue compatible con liquen nitidus. Se llevó a cabo un estudio fotobiológico con exposición a fuentes de UVBBA, UVA y a simulador solar. Posteriormente se realizó fotoprovocación con UVA por tres días consecutivos (30, 40 y 50 J/cm²). El paciente mejoró tras un ciclo corto de corticoides tópicos y con fotoprotección.

Conclusiones: Presentamos el primer caso de liquen nitidus actínico en Europa y el primero en un paciente caucásico.

Palabras clave: Liquen nitidus actínico. Fotodermatosis. fotoprovocación.

10. FOTODERMATOLOGÍA 3.0. SOL-SABIO. APLICACIÓN DE TELEFONÍA MÓVIL PARA EL CONTROL DE EXPOSICIÓN SOLAR Y EDUCACIÓN EN FOTOPROTECCIÓN

J. Aguilera, P. Garrido, I. Vera y E. Herrera Ceballos

Laboratorio de Dermofotobiología y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Departamento de Lenguajes y Ciencias de la Computación. ETSI Telecomunicación. Universidad de Málaga. España.

Una de las variables más importantes en las que se ha de basar la prevención primaria es la educación, de ahí que la educación en la fotoprotección integral debe ser tarea fundamental para la preven-

ción de los riesgos debidos a la sobre-exposición solar. Está ampliamente demostrada la alta tasa de incidencia de cáncer de piel con una sobreexposición a la radiación ultravioleta solar y la tendencia sigue en aumento, por lo que se incide en gran medida en los hábitos de protección frente a los efectos nocivos del sol. Por el contrario, los efectos positivos de éste quedan a menudo enmascarados frente a los negativos, por lo que se observan déficits de exposición solar en determinados sectores de la sociedad que implican niveles bajos de vitamina D en la población, lo cual se ha correlacionado con un aumento potencial de otros tipos de cáncer. Por tanto, el equilibrio en la exposición solar saludable es materia fundamental en prevención primaria. Muchas son las vías educativas y actualmente, el acceso a dichas vías cada vez es más fácil, rápido y accesible con el uso de la telefonía móvil con conexión a Internet. El desarrollo de nuevas aplicaciones para telefonía móvil está en auge y generar aplicaciones que engloben material educativo, acceso a bases de datos y control por el usuario es tarea sencilla que implique una mejora en la calidad de vida de las personas. El objetivo del presente trabajo es desarrollar una plataforma para telefonía móvil capaz de informar sobre el grado de exposición solar saludable al que debe someterse un usuario en cualquier localización, hora del día y época del año para evitar daños eritemáticos así como la exposición solar a la que debemos someternos para obtener los niveles óptimos diarios de producción de vitamina D. Metodología: La aplicación va destinada para sistemas operativos en Android e Unix mediante lenguaje de computación en java. En una primera fase, la aplicación permitirá obtener los datos de irradiancia eritemática efectiva de la Agencia Española de Meteorología para una localización determinada en un momento determinado. El sistema de cálculo permitirá evaluar los tiempos de exposición saludables para la producción de vitamina D y los nocivos para la producción de eritema, en el momento de la conexión así como el perfil diario de dosis. A su vez, nos informará de las herramientas de fotoprotección adecuadas para cada nivel de exposición y fototipo. En una segunda fase el propio teléfono móvil servirá para medir la radiación solar incidente. Resultados y conclusiones. Se presenta una nueva herramienta educativa en dermatología que servirá para la prevención del cáncer de piel fotoinducido

Palabras clave: Cáncer cutáneo. Fotoprotección. Aplicaciones para telefonía. Vitamina D.

11. MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

L. Cuesta Montero^a, I. Belinchón Romero^b y J.M. Ramos Rincón^b

^aHospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ^bHospital General Universitario de Alicante. España.

Introducción: La fototerapia es una estrategia de eficacia demostrada para el tratamiento de numerosas dermatosis. A pesar de su buen perfil de seguridad, existen otras características que pueden limitar su empleo y dificultar la adherencia al tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es analizar los motivos de interrupción de la fototerapia en nuestra población.

Material y métodos: Se han revisado los motivos de interrupción del tratamiento en todos los pacientes atendidos y registrados en la base de datos de la Unidad de Fototerapia de la Sección de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2011.

Resultados: De los 755 pacientes que acudieron a la Unidad de Fototerapia, 648 (85,8%) iniciaron el tratamiento con fototerapia; y de ellos, 118 (18,2%) lo suspendieron. Las causas de interrupción fueron: por decisión propia (n = 63; 9,7%), por efectos secundarios (n = 28; 4,4%) y por falta de eficacia (n = 26; 4,0%). La interrupción por efectos secundarios fue más frecuente en los pacientes con fototipo II (7% [14/200]) respecto a los otros fototipos (2,9% [13/445]) (p = 0,02). También fue más frecuente la interrupción por

este motivo en los pacientes con micosis fungoide (17,6% [9/51]; $p < 0,001$) y pitiriasis liquenoide crónica (25% [3/12]; $p = 0,01$) frente a los pacientes con otros diagnósticos. Los pacientes que recibieron UVBBE suspendieron menos el tratamiento por efectos secundarios (2,7% [14/435]) que los pacientes que recibieron otras fototerapias (6,6% [14/213]) ($p = 0,04$). La falta de eficacia fue causa de interrupción más común en los pacientes con dermatitis atópica (15,8% [3/16]) que en el resto de patologías (3,7% [23/629]) ($p = 0,04$). La interrupción del tratamiento por decisión del paciente fue discretamente superior en los enfermos con psoriasis en placas localizada (15% [16/107]) comparados con el resto de patologías (8,7% [47/541]) ($p = 0,04$). Ninguna causa de interrupción del tratamiento se relacionó con la edad, el sexo, el tratamiento sistémico previo, el tratamiento actual del paciente o el tipo de fototerapia previa recibida.

Conclusiones: En nuestra población la suspensión del tratamiento de fototerapia está relacionada con el fototipo II, el tipo de fototerapia recibida y, con algunos diagnósticos como la micosis fungoides, la pitiriasis liquenoide crónica, la dermatitis atópica y la psoriasis en placas localizada.

Bibliografía

- Carrascosa JM, Gardeazábal J, Pérez-Ferriols A, Alomar A, Manrique P, Jones-Caballero M, et al. Documento de consenso sobre fototerapia: terapias PUVA y UVB de banda estrecha. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:635-58.
- Gambichler T, Breuckmann F, Boms S, Altmeyer P, Kreuter A. Narrowband UVB phototherapy in skin conditions beyond psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:660-70.
- Carrascosa JM, Bigatà X. UVB terapia de banda estrecha: experiencia en la práctica clínica y factores predictivos de respuesta. *Actas Dermosifiliogr.* 2000;91:555-62.

Palabras clave: Fototerapia. Suspensión de fototerapia. Efectos secundarios. Falta de eficacia. Interrupción de fototerapia.

12. FACTORES DE PROTECCIÓN SOLAR EN TEJIDOS DESTINADOS A VESTIMENTA TÉCNICA DEPORTIVA BAJO DIFERENTES TRATAMIENTOS

M. Victoria de Gálvez, J. Aguilera, C. Sánchez y E. Herrera Ceballos

Unidad de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. España.

Introducción: La fotoprotección integral es uno de los objetivos sociales más importantes en la prevención de los riesgos debidos a la sobre-exposición solar. Históricamente la exposición solar con motivos profesionales ha sido predominante mientras en los últimos años la exposición solar por motivos de ocio ha ido creciendo y actualmente es el motivo de exposición solar más común en las sociedades occidentales. La actividad deportiva como motivo de ocio, así como profesional implica una alta exposición solar en todas las épocas del año y la industria ha abierto nuevas líneas de investigación y desarrollo de tejidos cuya finalidad es para ser utilizados durante la práctica deportiva. Entre los factores que más se ha trabajado está la comodidad del tejido y la capacidad de transpiración mientras que el potencial de protección solar de dichos tejidos es desconocido para la población en general. El objetivo del presente trabajo es analizar el grado de protección frente a la radiación ultravioleta de los tejidos bajo diferentes condiciones de exposición solar, características del tejido: tipo de tejido, color, entramado, y tras la realización de diferentes modificaciones físicas del propio tejido.

Metodología: El factor de protección ultravioleta (FPU) se calculó en base a la transmitancia del tejido a la radiación ultravioleta en condiciones naturales y mediante un simulador solar ORIEL 300 W

y corregida por el espectro de acción eritemático (normativa E-13758). El grado de protección FPU se clasificó en tres categorías (FPU: 15-24 Protección Buena; 15-39: Muy Buena; 40-50+: Excelente). Además, se analizó el factor de protección frente a la radiación UVA. El FPU y la protección UV se caracterice y se analizaron los cambios en los FPU de los tejidos en seco y mojado, además de los tratamientos de lavado, tipo de secado y planchado.

Resultados y conclusiones: En términos generales, el factor de protección solar ofrecido por los tejidos destinados a ropa técnica deportivo fue bastante alto con variaciones respecto al tipo de entramado y color. El grado de humedad del tejido afectó al potencial de protección así como se observó una disminución significativa del FPU debido al uso continuado de los tejidos debido tanto al rozamiento del tejido en la piel, así como por el número de lavados y secado de los mismos.

Palabras clave: Cáncer cutáneo. Fotoprotección. Factor de protección ultravioleta. Tejidos deportivos.

13. DETERMINACIÓN DE LA DOSIS ERITEMATOSA MÍNIMA Y REACCIONES ANÓMALAS A UVA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

A. Pérez Ferriols, J. Aguilera, M. Victoria de Gálvez, D. de Argila, M.T. Rodríguez Granados, J. Gardeazabal, A. Giménez Arnau, P. Aguilera, M. Lechas, M. Barnadas, J. Lorente, X. de Cabo, Y. de Sola y J.A. Martínez

Grupo Español de Fotobiología.

Introducción: Los estudios fotobiológicos agrupan al conjunto de pruebas realizadas en la piel del paciente afecto de fotosensibilidad, con la finalidad de determinar cuál es su respuesta a la luz y establecer cuáles son las bandas del espectro electromagnético responsables de la aparición o inhibición de las diferentes patologías. En la actualidad existen protocolos de trabajo para fototerapia, técnica del fotoparche, donde están bien definidas las características de los equipos, dosificación y metodología. Sin embargo, para la técnica del fototest no existe ningún documento consensuado. El objetivo del presente trabajo es Unificar las Dosis y las Unidades de medida para todos aquellos que realicen fototest. Estandarizar los intervalos de exposición para determinación de la dosis eritematosa mínima (DEM) en los diferentes fototipos cutáneos y los umbrales de la misma. Comparar las distintas fuentes de iluminación usadas, unificar los valores de dosis y determinar el umbral de reacciones anómalas a UVA.

Metodología: Uso de simuladores solares y lámparas fluorescentes de UVB de banda estrecha. Determinación de la DEM por método observacional 24 h después de una exposición a dosis crecientes de radiación ultravioleta efectivas para la producción de eritema. Observar posibles reacciones anómalas (eritema, edema...) a la exposición de fuentes de radiación ultravioleta A. En total se han analizado resultados de 8 unidades de fotodiagnóstico de diferentes hospitales de la geografía española.

Resultados y conclusiones: No existe una unificación concreta a la hora de determinar el fototipo cutáneo frente a la DEM establecida en la literatura. La DEM media por fototipo varió en los distintos hospitales con valores medios de 24,2, 31,4 y 35,9 mJ cm⁻² de dosis eritemática mínima para los fototipos II, III y IV utilizando simuladores solares y 19,4, 23,7 y 26,3 mJ cm⁻² cuando se utilizan lámparas de UVB de banda ancha. A dosis de hasta 10 J cm⁻² de UVA no se observan anomalías cutáneas en piel de personas sanas. Aunque los resultados mostrados ofrecen dosis eritemáticas mínimas algo menores a las establecidas en la literatura, es posible unificar el umbral mínimo donde, por debajo de éste, se establezca una DEM disminuida asociada a algún tipo de fotodermatosis.

Palabras clave: Fotodiagnóstico. Dosis mínima eritemática.

14. FOTOTOXICIDAD SISTÉMICA POR LEVOTIROXINA

N. No Pérez^a, M.T. Abalde Pintos^a, C. Feal Cortizas^a,
T. Rodríguez Granados^b y C. de la Torre Fraga^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Introducción: Gran variedad de fármacos pueden inducir fotosensibilidad. Historia clínica, exploración física, fototest y fotoparche e histopatología son la base del diagnóstico. El tratamiento consiste en suspender el fármaco causante y la fotoprotección.

Caso clínico: Varón de 49 años con antecedentes de enfermedad de Graves, que precisó tiroidectomía total hace cinco años, e hipotiroidismo postquirúrgico que precisa tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Presenta desde hace cinco años erupción cutánea pruriginosa tras exposición solar. Sospecha diagnóstica inicial de erupción polimorfa lumínica que, tras primera sesión de fototerapia UVB-311 para desensibilización presenta dermatitis en tronco en menos de 24 horas. Con la sospecha de fototoxicidad se remite al CHUS para realizar fototest, que fue patológico para UVB-311, diagnosticándose de fotosensibilidad sistémica a levotiroxina. Ante la imposibilidad de suspensión o cambio de tratamiento con levotiroxina se recomienda fotoprotección para UVB.

Discusión: La fotosensibilidad inducida por fármacos es una reacción cutánea inducida por un fármaco (sistémico o tópico) y la exposición de la piel a la luz ultravioleta. Existe gran variedad de fármacos que pueden inducir fotosensibilidad. En nuestro caso el fármaco sensibilizante es la levotiroxina. El fármaco y sus metabolitos se acumulan en la piel e incrementan la fotosensibilidad de la misma, principalmente a la radiación UVA; sin embargo, en nuestro paciente la fotosensibilidad es inducida por radiación UVB. Existen dos mecanismos principales de fotosensibilidad, la fototoxicidad

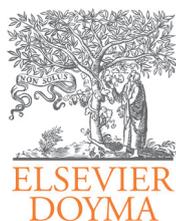
(más frecuente) y la fotoalergia. La fototoxicidad se caracteriza por cambios cutáneos similares a una quemadura solar (con la que debemos hacer diagnóstico diferencial) que se desarrolla horas después de la exposición solar y la toma del fármaco responsable; el mecanismo patogénico subyacente de la fototoxicidad consiste en daño tisular inducido directamente por la molécula fotoactivada. La mayoría de reacciones fototóxicas son resultado de la administración sistémica del fármaco. La fotoalergia es una reacción mediada inmunológicamente y consiste en una reacción cutánea eczematosa generalmente días después de la exposición. Existen agentes que actúan por ambos mecanismos y clínicamente pueden ser difíciles de diferenciar. El diagnóstico lo haremos en base a la historia clínica, exploración física, prueba de fototest y fotoparche e histopatología. Nuestro paciente tenía historia compatible con sensibilidad por levotiroxina, que fue demostrada por la prueba del fototest. El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco causante y la protección a la radiación solar. En nuestro caso la suspensión del fármaco no es posible debido a la patología subyacente del paciente, por lo que el tratamiento consiste en la protección a la radiación UVB.

Conclusiones: Presentamos un caso raro de fotosensibilidad sistémica por levotiroxina; no hemos encontrado en la búsqueda bibliográfica realizada ningún caso similar.

Bibliografía

- Maciá-Bobes C, Álvarez-Fernández JA, Ronzón-Fernández A, García-Arecas MF. Skin hypersensitivity to drugs containing levothyroxine.
- Stein KR, Scheinfeld NS. Drug-induced photoallergic and phototoxic reactions.
- Allen JE. Drug-induced photosensitivity.
- Glatz M, Hofbauer GF. Phototoxic and photoallergic cutaneous drug reactions.

Palabras clave: Fototoxicidad. Fotoalergia. Fototest. Levotiroxina.



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE IMAGEN, HISTORIA Y HUMANIDADES

Reunión del Grupo de Imagen, Historia y Humanidades 2013

Valencia, 8 de junio de 2013

1. DERMAPIXEL: UTILIZACIÓN DE UN BLOG COMO HERRAMIENTA DOCENTE

R. Taberner

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

El número y variedad de recursos online disponibles para médicos y estudiantes ha experimentado un gran crecimiento en la última década, y el carácter visual de la dermatología ha contribuido en gran manera a facilitar este fenómeno. La denominada “blogosfera sanitaria” aumenta día tras día, y el campo de la dermatología no es una excepción. En este sentido, el blog Dermapixel (www.dermapixel.com) nace en febrero de 2011 con finalidad esencialmente docente, dirigido a profesionales de la salud, en especial médicos de familia, pediatras y dermatólogos en formación. La dinámica del blog consiste en casos clínicos semanales (todos los sábados), que se discuten y resuelven la misma semana. Asimismo, constituye una herramienta para evaluar las rotaciones mensuales de los residentes de las diferentes especialidades por el servicio de Dermatología. La difusión de los contenidos se realiza entre otros blogs y redes sociales (Twitter, grupos sanitarios en Facebook, Google+ y LinkedIn). Para garantizar el cumplimiento de la LOPD y confidencialidad del paciente, se obtiene consentimiento por parte de los diferentes pacientes y se elimina de la imagen todos los elementos que pudieran hacer al paciente reconocible por terceros. Asimismo, los datos de la historia clínica se modifican. Los comentarios son moderados y se intentan evitar las consultas personales. El blog se encuentra bajo una licencia de Creative Commons, bajo las condiciones de reconocimiento, no comercial y sin obra derivada, de modo que cualquier persona puede utilizar los contenidos libremente sin permiso explícito, siempre y cuando se reconozcan los créditos de la obra y sin utilizarla para fines comerciales. Desde su puesta en funcionamiento, Dermapixel ha recibido más de 1.230.000 visitas y se han publicado 236 entradas, con más de 2.280 comentarios. El blog ha recibido visitas de más de 100 países, siendo los 10 primeros España, México, Estados Unidos, Argentina, Chile, Colombia, Perú, Vene-

zuela, Ecuador y China. Por comunidades autónomas, Madrid, Cataluña y Andalucía son las que más visitas han realizado hasta el momento. Se pretende que Dermapixel se convierta en un verdadero repositorio de casos clínicos, y en un futuro próximo la edición de un libro en formato electrónico.

2. HISTORIA DE LA LEPRO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Terencio de las Aguas

Director Médico Honorario de Fontilles.

Introducción: La milenaria Lepra originaria de Egipto y Oriente Medio se extendió por las guerras, comercio y peregrinaciones llegando a España a través de fenicios, griegos pero sobre todo romanos y árabes preferentemente en la Comunidad Valenciana, reconociendo su presencia Arnau de Vilanova en la Valencia del siglo XIII donde Jaime I fundó una leprosería, siendo la zona más afectada Valencia y el norte de Alicante donde en 1879 había poblaciones como Pedreguer con 74 enfermos y Parcent con 60 casos y en 1914 el censo era de 155 en Valencia, 137 en Alicante y 84 en Castellón. Esta difícil situación motivó en 1901 la necesidad de fundar un sanatorio en el valle de Fontilles que se inauguró el 17 de enero de 1909.

Asistencial: Se han asistido más de 3000 enfermos con una hospitalización anual de más de 300 casos que fue descendiendo paralelamente a la disminución de la prevalencia en España en 1970 a menos de 300 en 1987 a menos de 200 y en 1999 por debajo de 50. **Investigación:** Se han ensayado medicaciones como Sulfonas, Clofazimina, Rifampicina, Quinolonas, Corticoides y Talidomida y desde 1975 Multiterapia OMS.

Estudios Amiloidosis visceral, Inmunología y Reacciones. Servicios cirugía plástica y reconstructiva lesiones neurales, igualmente la Revista de Leprología, libros Lepra, numerosas publicaciones y he-

mos participado en 12 Congresos Internacionales de Leprología de un total de 18, este último en Bruselas en el 2013. Desde 1970 se incrementan los proyectos de cooperación internacional en Nicaragua, Costa Rica, India y otros países.

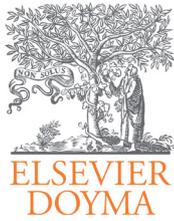
Formación: Se han realizado más de 100 cursos para Dermatólogos y auxiliares Sanitarios y 8 cursos de Dermatopatología con más de 3.000 participantes. A partir del año 2000 los cursos han sido de Lepra, Dermatitis Tropicales e Importadas, 5 de ellos en Valencia del 2000 al 2005, Santiago en el 2006 y Cádiz 2007 más 3 en Costa Rica y 1 en Nicaragua. No podemos olvidar la gran labor de los Dermatólogos españoles en la lucha contra la Lepra pues se ha conseguido de una Prevalencia de 5.500 en los años 60 y una Incidencia de 400 nuevos casos al año a que la última década no supere los 12 anuales 90% en inmigrantes por lo que podemos afirmar que esta enfermedad ha dejado de ser problema de Salud Pública en España.

3. CÓMO USAR LOS CÓDIGOS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PARA CATALOGAR LAS FOTOS DERMATOLÓGICAS EN LIGHTROOM

L. Barco

Clínica Mediterráneo. Almería. España.

Los códigos de la clasificación internacional de enfermedades CIE-9MC y CIE-10, relativos a la dermatología, se encuentran disponibles en el blog del grupo de Imagen, Historia y Humanidades: <http://grupoimagedv.blogspot.com.es/>. Dichos códigos pueden ser introducidos en el catalogador de Imágenes Lightroom y nos evita tener que escribir el código y el nombre de la condición dermatológica para cada foto, a la vez que evita errores. Se puede consultar la guía de cómo hacerlo paso a paso en: <http://grupoimagedv.blogspot.com.es/2011/02/palabras-clave-cie9-mc-y-cie-10-en.html>



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN DERMATITIS DE CONTACTO Y ALERGIA CUTÁNEA (GEIDAC)

59 Reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC)

Vigo, 20 y 21 de septiembre de 2013

1. VARIACIÓN DE LA HOMEOSTASIS CUTÁNEA EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES DE CALZADO: ESTUDIO DE PH Y DE SEBOMETRÍA CUTÁNEA

E. Albert^a, L. Carnero^b, L. Curto^b, P. Martínez^a, R.M. Pujol^b y A.M. Giménez^b

^aINESCOP. Instituto Tecnológico del Calzado y Conexas. Elda. Alicante. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universitat Autònoma. Barcelona. España.

Introducción: Los efectos de la oclusión, fricción y del calor y la humedad generados por el uso del calzado, alteran la función barrera de la piel del pie, afectándose la homeostasis cutánea y favoreciéndose la penetración de los alérgenos e irritantes procedentes de materiales de calzado. El pH del estrato córneo puede verse afectado por factores exógenos, así un sostenido aumento de pH favorece la degradación de las proteasas y disminuye la actividad de las enzimas que sintetizan los lípidos, alterando la permeabilidad de la barrera epidérmica. Aumentos del pH pueden inducir anomalías en la integridad/cohesión del estrato córneo y de la homeostasis de la barrera cutánea, influyendo en la patogénesis de enfermedades dermatológicas como el eczema irritativo de contacto, la dermatitis atópica, etc. Para evaluar la función barrera, se utilizan métodos no invasivos como la medición del pH, del contenido en sebo, etc.

Objetivo: Evaluar posibles cambios en la homeostasis cutánea del pie tras el uso continuado de calzado y calcetines en diferentes condiciones de transpirabilidad, mediante el estudio de variaciones de pH y del contenido en sebo del estrato córneo.

Material y métodos: Se han utilizado calcetines 100% algodón y 100% poliéster y calzado con forro de poliéster y empeine de cuero. Han participado 21 sujetos reclutados en el Hospital del Mar, usando el calzado y calcetines (en pie derecho) durante 8 horas, tomándose medidas de pH y del sebo al inicio y final de dicha jornada, con un pHmetro y un sebómetro Courage®, en cuatro zonas del pie, dorso, metatarso central, talón y arco plantar.

Resultados: La mayoría de los datos de sebometría se encuentran en el intervalo de 0-2 $\mu\text{g}/\text{cm}^2$. Los valores promedio obtenidos de las mediciones iniciales de pH son: metatarso: $5,45 \pm 0,71$; dorso: $5,55 \pm 0,77$; talón: $5,49 \pm 0,62$; arco: $5,53 \pm 0,70$. Tras el uso de

calzado, se observa disminución de pH en cualquier condición expuesta. Con el calcetín de poliéster se obtienen valores de pH más bajos, principalmente en dorso (pH 5,09) y metatarso (pH 4,99). Se observan cambios significativos de pH en las cuatro zonas del pie, al usar calcetín de poliéster frente al de algodón y frente a no usar calcetín ($p < 0,005$), y también se aprecian cambios significativos de pH tras el uso de calzado en las cuatro zonas del pie ($p < 0,002$).

Conclusión: Con el uso de calzado según la sebometría no se obtienen resultados concluyentes, pero la tendencia del pH es a disminuir, siendo el pH algo más ácido tras llevar calcetín de poliéster que de algodón o no usar, por lo que en teoría y según este parámetro, no se vería afectada la función barrera cutánea tras el uso habitual de calzado y no estaría favorecida la penetrabilidad de alérgenos e irritantes presentes en calzado.

2. ECZEMA ALÉRGICO DE CONTACTO POR LIDOCAÍNA Y PRILOCAÍNA CONTENIDAS EN UNA CREMA ANESTÉSICA

V. Alegría Landa, L. Angulo Martínez, B. Rubio González, J. Ortiz de Frutos y F. Vanaclocha Sebastián

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

Los pacientes hemodializados pueden presentar diversas reacciones cutáneas estando la mayoría de ellas relacionadas con el acceso vascular, incluida la aplicación de anestésicos tópicos previo a la canulación. La mezcla anestésica EMLA (prilocaína-lidocaína) se ha relacionado con reacciones locales, la mayoría leves y transitorias. Un paciente de 54 años en hemodiálisis presentó una lesión eritematosa y pruriginosa en la zona de la fístula arteriovenosa donde se estaba aplicando EMLA tres veces a la semana. Se realizaron pruebas alérgicas de contacto apareciendo positividad tanto para la mezcla anestésica como para sus 2 anestésicos constituyentes. La dermatitis alérgica de contacto representa menos del 0,1% de total de las reacciones adversas relacionadas con este producto ocurriendo la mayoría de ellas en pacientes hemodializados donde supone la causa más frecuente de DAC. La sensibilización retardada a prilocaína y lidocaína es infrecuente.

3. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR CHICLES PICANTES

L. Angulo Martínez, H. Larrain Paez, V. Alegría Landa, B. Rubio González y J. Ortiz de Frutos

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

Introducción: La dermatitis de contacto oral es una patología poco frecuente y provocada por diversos agentes. Presentamos el caso de una paciente con un cuadro recurrente de glositis y dolor en la mucosa bucal, encontrándose como causa la ingesta de chicles picantes.

Caso clínico: Una mujer de 47 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor y eritema en la lengua, al que posteriormente se agregan lesiones blanquecinas adheridas y afectación similar de la mucosa yugal. La paciente lo asociaba cronológicamente a la ingesta de chicles de canela, 2 horas después de masticar chicles, se reproducían las lesiones. Tras un mes sin lesiones, se realizó una prueba de provocación masticando nuevamente los mismos, observando en aproximadamente 2 hora la clínica inicial. Además, se realizaron pruebas epicutáneas según la batería estandar del GEIDAC, batería de pastelería y panadería y los chicles como propios, mostrando positividad para mezcla de fragancias I, bálsamo del Perú, peróxido de benzoilo y para los propios a las 96 y 168 horas. El prick test con los chicles fue negativo.

Discusión: La dermatitis de contacto oral es infrecuente y aún lo es más los casos descritos por el consumo de chicles. Casi todos los casos están producidos por la canela, que se descartó en nuestra paciente.

4. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA A CORPITOL®

I. Marín-Cabañas, A.M. Bouret, M. Leiva Salinas, L. Francés y J.F. Silvestre

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

Introducción: El Corpitolinol 60 es un aceite de aplicación tópica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Está compuesto por ácidos grasos esenciales, fitoesteroles, acetato de tocoferol (vitamina E) y perfume de anís. Su uso está ampliamente difundido como prevención en la aparición de úlceras en pacientes con insuficiencia vascular periférica y en pacientes hospitalizados. Además, es reconocido de interés por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.

Casos clínicos: Comunicamos 2 casos de pacientes de edad avanzada con insuficiencia venosa crónica que presentaron un eczema subagudo en ambos miembros inferiores. Las pacientes habían recibido múltiples tratamientos tópicos entre los que se incluía el Corpitol®. Realizamos pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, la batería específica de úlceras de piernas, Corpitol® y sus componentes. Obtuvimos positividad para el trans-anetol en los dos pacientes y para el Corpitol® en uno de ellos.

Discusión: El Anetol es una sustancia natural que se encuentra en el aceite de anís común, anís estrellado e hinojo. Se utiliza como aromatizante en panadería, repostería, productos de higiene y farmacéuticos. La dermatitis de contacto alérgica al Anetol es poco frecuente. Se han publicado casos aislados de queilitis alérgica por pasta de dientes y dermatitis de contacto ocupacional en repostería. Pensamos que son los primeros casos descritos de alergia al anetol presente en el Corpitol®.

Conclusiones: El Corpitol puede ser la causa de una dermatitis de contacto alérgica en pacientes con insuficiencia vascular periférica. Para su diagnóstico recomendamos realizar las pruebas epicutáneas con los componentes del mismo, ya que el Corpitol® tal cual puede dar falsos negativos.

Palabras clave: Dermatitis de contacto alérgica. Anetol. Corpitol®. Úlcera.

5. DERMATITIS DE CONTACTO Y URTICARIA DE CONTACTO POR PLASTILINA

J.M. Carrascosa, N. Rivera y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España.

Paciente mujer de 5 años, con antecedentes de dermatitis atópica. Fue traída por presentar episodios de tumefacción y prurito tras el contacto con plastilina de marcas diversas. Se realizó un test de uso y pruebas epicutáneas con plastilina Jovi®, que puso de manifiesto el desarrollo de un cuadro urticarial a los 30 minutos y de un patch test positivo a las 48 y 96 h (++). Tras solicitar los componentes al proveedor se testaron, además de la batería del GEIDAC, 12 componentes del producto, que revelaron el desarrollo de eritema y edema a los 30 minutos y positividad en el patch test a las 48 y 96 h frente a butylated hydroxytoluene. Butylated hydroxytoluene (E-321) es un antioxidante de origen sintético, a menudo usado junto con Butyl hydroxyanisol, inicialmente desarrollados como antioxidantes en productos del petróleo y de la goma. Sin embargo, su empleo se ha extendido a su uso alimentario desde el año 2004 -la ingesta diaria admitida (IDA) es de 0-0,5 mg por kg de peso- así como en cosméticos, lacas, ceras, pinturas o tintes, entre otros. Se ha descrito como causa infrecuente de dermatitis de contacto en úlceras de las piernas y como desencadenante de urticaria de contacto por sensibilización y agravante de urticaria crónica en pacientes con urticaria crónica. En la paciente presentada fue causa tanto de urticaria de contacto como de reacción de hipersensibilidad retardada tras el contacto con varias marcas de plastilina, circunstancia no descrita en la literatura.

Palabras clave: Urticaria. Dermatitis de contacto. BHT. Butylated hydroxytoluene.

6. REACTIVACIÓN DE TOXICODERMIA TRAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS

S. Córdoba, C. Martínez Morán, M. Utrera, A. Calderón, A. Romero y J. Borbujo

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

Caso clínico: Varón de 24 años con antecedentes personales de prostatitis crónica en tratamiento con Trimetoprim-sulfametoxazol desde hacía un mes. Acude a urgencias por la aparición de un exantema generalizado maculopapuloso pruriginoso, sin afectación mucosa, de pocas horas de evolución. A pesar de la suspensión del antibiótico y del tratamiento con corticoides orales, en los siguientes días las lesiones aumentaron en número y extensión haciéndose purpúricas y asociando fiebre de 39,5 °C, adenopatías laterocervicales dolorosas, hipertransaminasemia creciente, trombopenia y leucocitosis con eosinofilia progresiva (hasta 5300-25% eos.) por lo que fue diagnosticado de síndrome de DRESS. La histología mostró un infiltrado dérmico perivascular superficial y excitosis linfocitaria con espongiosis y ocasionales queratinocitos apoptóticos en la epidermis, compatible con toxicodermia. Las lesiones fueron aclarando con el tratamiento con corticoides orales pero presentó un rebrote de las mismas al disminuir la dosis, por lo que se añadió ciclosporina oral con buen control. A los 6 meses del cuadro inicial y tras 2 meses de suspender ciclosporina se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, trimetoprim 2% vas y sulfametoxazol 2% vas. A las 48, 96 h y 7 d solo se observó positividad + a Kathon CG con relevancia desconocida y el resto de los resultados fueron negativos. A los 8 días de las pruebas epicutáneas presentó la reaparición de un exantema maculopapuloso eritema-

toso generalizado con las mismas características clínicas e histológicas del cuadro previo, que se controló adecuadamente con corticoides orales.

Discusión: La realización de pruebas epicutáneas en el estudio de las toxicodermias no está estandarizada y la frecuencia de positividades depende de la correcta selección del paciente, del patrón de reacción y del fármaco implicado. No obstante, se considera un método de investigación fácil y seguro. En el síndrome de DRESS se pueden observar epicutáneas positivas en algunos casos, especialmente cuando es producido por fármacos anticonvulsivantes. En los casos en que las pruebas con el fármaco responsable son negativas, se puede interpretar como falso negativo debido a la baja penetración del fármaco, baja concentración en el parche o a que la reacción se desencadene a nivel sistémico y no en la piel. En nuestro caso las pruebas fueron negativas a pesar de que la penetración del fármaco fue suficiente como para desencadenar la reacción generalizada.

Conclusiones: Presentamos un caso de toxicodermia tipo síndrome de DRESS por trimetoprim-sulfametoxazol que fue estudiado mediante pruebas epicutáneas. A pesar de la negatividad de las pruebas el paciente presentó una reactivación de la toxicodermia, hecho que aunque está descrito como posible efecto adverso de las pruebas se observa con poca frecuencia.

7. EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE SENSIBILIZACIÓN DE LOS COMPUESTOS QUÍMICOS EN FUNCIÓN DE SU REACTIVIDAD

E. Giménez-Arnau

Laboratoire de Dermatichimie. Institut de Chimie de Strasbourg. Université de Strasbourg (CNRS-UMR 7177). Strasbourg. France.

Introducción: En el contexto de la actual legislación europea, es necesario desarrollar “métodos alternativos” a los ensayos con animales, afín de evaluar el potencial de sensibilización de los compuestos químicos y así elucidar los mecanismos responsables del desarrollo de una dermatitis alérgica de contacto (DAC). Los métodos “*in chemico*” se basan en la primera etapa clave de la sensibilización, la reacción a través la formación de enlaces químicos entre el alérgeno (hapteno) y proteínas cutáneas para formar el complejo antigénico hapteno-proteína. En efecto, de manera general, el hapteno, de bajo peso molecular, contiene una o varias funciones electrófilas que le permiten reaccionar con residuos nucleófilos de ciertos amino ácidos. El complejo hapteno-proteína será luego reconocido por células dendríticas (CD) que presentarán a los linfocitos T (LT) los residuos peptídicos modificados por el hapteno, desencadenando así el proceso inmunológico que caracteriza a la DAC. Cuando las CD están en presencia del hapteno, se producen procesos redox, necesarios a su maduración y migración hacia los ganglios linfáticos para la presentación del antígeno a los LT. El hapteno estimula también la maduración de las CD como una “señal de peligro” y parece que el estrés químico producido activaría los sistemas de detoxificación permitiendo a las CD de gestionar este estrés por activación de la vía Nrf2. Nrf2 es un factor de transcripción redox responsable de la activación de genes antioxidantes con el objetivo de mantener el equilibrio homeostático celular. El propósito de este estudio ha sido evaluar si existe una correlación entre la capacidad de una molécula a reaccionar con una proteína, y ser sensibilizante, y el estrés oxidante producido durante la maduración de las CD.

Métodos: El perfil completo de reactividad con los amino ácidos de 10 compuestos sensibilizantes, 6 haptenos, 2 prohaptenos y 2 prehaptenos ha sido estudiado. Los haptenos han sido escogidos en función de los resultados del Direct Peptide Reactivity Assay, método “*in chemico*” basado en la depleción peptídica producida por alérgenos con preferencia por los residuos tiol y/o amino de los amino ácidos. Los compuestos han sido sintetizados con un susti-

tución isotópica al carbono 13 en las posiciones reactivas, y la reactividad ha sido estudiada por resonancia magnética nuclear del carbono 13 mono y bidimensional. Los pro- y prehaptenos, inicialmente no reactivos y no sensibilizantes, necesitan una etapa de oxidación previa, por vía enzimática o no respectivamente, antes de ser alérgenos. Esta etapa de oxidación ha sido introducida utilizando el sistema HRP/H₂O₂ para los prohaptenos y simplemente H₂O₂ para los prehaptenos. En colaboración con la unidad INSERM 996 (París, Francia), la activación de la vía Nrf2 por estos mismos compuestos ha sido evaluada en las líneas celulares THP-1 y MoDCs, y la producción de tres genes antioxidantes (*il-8*, *nqo1* y *ho-1*) analizada según la reactividad.

Discusión: Se ha podido demostrar que ciertos alérgenos presentan una afinidad exclusiva por los residuos amino o tiol de los amino ácidos, y que otros pueden reaccionar con los dos residuos simultáneamente. Esta diferencia de reactividad es también visible en los ensayos biológicos de activación de la vía Nrf2 en las líneas celulares THP-1 y MoDCs. En efecto, solo los compuestos con una afinidad exclusiva por los residuos de tipo amino son incapaces de inducir la activación de Nrf2. Para los compuestos con una afinidad importante por los residuos tiol, la línea celular THP-1 se muestra más activa que la MoDCs.

Conclusiones: Existe una correlación entre la capacidad de un alérgeno a reaccionar con los residuos tiol o amino de las proteínas, y la activación de la vía antioxidante Nrf2 que utilizan las células dendríticas para contrarrestar el estrés oxidante producido por esta interacción.

8. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A METILISOTIAZOLINONA EN EL ÁREA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. ESTUDIO PROSPECTIVO

M. Espasandín Arias, I. Vázquez Osorio, O. Figueroa Silva, V. Fernández Redondo y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La Metilisotiazolinona (MI) es un conservante empleado en cosméticos, productos del hogar y productos industriales, usada desde hace más de 20 años asociada a Metilcloroisotiazolinona (MCI), con una concentración máxima permitida de 15 ppm de MI. Debido a que la MI fue considerado un sensibilizante débil, en 2005 se aprobó su uso de forma aislada en cosméticos y productos del hogar, estableciendo como segura una concentración de hasta 100 ppm.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de reacciones positivas a MI en pacientes parcheados del área sanitaria de Santiago de Compostela, así como la fuente de exposición, la relevancia y la frecuencia de reacciones positivas a la mezcla MCI/MI (Kathon CG).

Material y métodos: Se plantea un estudio prospectivo de casos consecutivos. Durante un periodo de 36 meses (desde enero de 2011 hasta junio de 2013), se parchearon un total de 724 pacientes de la Unidad de Alergia Cutánea de nuestro centro con la serie estándar del GEIDAC ampliada con MI en solución acuosa al 0,02% y 0,05%, además de las series específicas que procediesen.

Resultados: Del total de pacientes parcheados, un 2,62% mostró positividad para MI (con la misma frecuencia en ambas concentraciones) y un 5,8% para Kathon CG. Todos los pacientes con positividad para MI, mostraron además positividad para Kathon CG.

Conclusiones: Desde la introducción de la MI a mayor concentración se ha observado un aumento de la frecuencia de alergia de contacto a MI. Por este motivo se ha considerado que la MI debería formar parte de la serie estándar europea, aunque todavía no existe un acuerdo sobre qué concentración sería la más adecuada.

9. ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ: DERMATITIS DE CONTACTO POSTERIOR A CIRUGÍA

O. Figueroa Silva, S. García Rodiño, M. Espasandín Arias, V. Fernández Redondo y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: En el año 2007 nace SINAPS (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente), instaurado en Galicia en 2010 con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y promover los cambios necesarios para evitar que posibles errores vuelvan a producirse. Debido a este proceso hemos tenido ocasión de observar en nuestro hospital una serie de pacientes de Ginecología y otros servicios a causa de lesiones cutáneas surgidas tras diferentes intervenciones quirúrgicas.

Material y métodos: A partir del conocimiento y la investigación previa de las incidencias se constituye un grupo de análisis formado por los profesionales de las áreas relacionadas con las mismas. En nuestro caso, a petición de la Dirección médica, entre los meses de marzo a mayo de 2013 procedemos al estudio de los pacientes afectados de lesiones cutáneas aparecidas entre 24-48 horas tras intervención quirúrgica, realizando pruebas epicutáneas en 5 pacientes del Servicio de Ginecología y tres más, correspondientes a los Servicios de Traumatología, Cirugía Vasculosa y Otorrinolaringología.

Resultados: Del total de los 8 pacientes estudiados se demuestra hipersensibilidad retardada a la povidona yodada en 4 de ellos (dos de los cuales eran ya conocedores de este problema), considerando en los otros 4 una dermatitis irritativa de contacto de expresividad grave por el antiséptico utilizado en la cirugía. En todos los casos el producto empleado fue la povidona yodada, compuesto oxidante que a altas concentraciones y en situaciones especiales como humedad, maceración y/u oclusión, se sabe tiene un gran poder irritante.

Conclusiones: En nuestro caso consideramos que el suceso puntual fue irritativo en todos los pacientes estudiados, a excepción de dos de ellos, que ya conocían su problema. No se puede descartar una elicitación que facilite la respuesta posteriormente encontrada. El hecho de que las lesiones cutáneas que los pacientes presentan tras las cirugías sean asumidas como algo banal y secundario, nos dificulta el estudio de las mismas, así como la notificación de los casos al complejo hospitalario para poder implementar mejoras evitando así que ciertas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

10. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA Y FOTOALÉRGICA A KETOPROFENO

M.E. Gatica Ortega, A.I. Sánchez Moya, F. Robuschi, C.J. Cardona Alzate, B. Gómez Dorado, E. Molina Figuera, O.A. García Olmedo y C. Schöendorff Ortega

Hospital Virgen del Valle. Toledo. España.

Introducción: La dermatitis de contacto fotoalérgica a ketoprofeno (droga antiinflamatoria no esteroidea) es un efecto adverso ampliamente conocido. La prueba de fotoparche es la técnica indicada para el diagnóstico de fotoalergias.

Objetivo: Investigar las reacciones alérgicas y fotoalérgicas al ketoprofeno y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas, fenofibrato y filtros solares.

Pacientes y métodos: Se realizaron pruebas epicutáneas y de fotoparches a 33 pacientes a lo largo de 1 año y medio (enero de 2011 a junio de 2012). Se seleccionaron los que tenían sensibilización a ketoprofeno y se recogieron variables como edad, sexo, profesión, cuadro clínico (duración del mismo y tratamiento), resultados de las pruebas. Se realizaron pruebas epicutáneas con al menos la batería estándar del GEIDAC (Grupo Español de Investigación en Der-

matitis de Contacto y Alergia Cutánea), batería de perfumes y aromas, batería de fotoalergenos y productos propios. La batería de fotoalergenos y los productos propios se aplicaron por duplicado radiando a las 48hs una de las partes con 5 Joules /cm² UVA. Se realizó lectura a las 48, 96 horas y 7 días.

Resultados: De los 7 pacientes positivos 2 eran varones y 5 mujeres, las edades comprendidas entre 41 y 69 años con una media de 53.28. La profesión fue variable: 2 administrativos, 2 amas de casa, una trabajadora social, una charcutera y una trabajadora de fábrica de zapatos. Antecedentes personales de atopía: 2 pacientes tenían rinitis polínica y uno rinitis y asma polínica pero ninguno tenía antecedentes de dermatitis atópica. En cuanto a la clínica, la localización de las lesiones en 2 pacientes se localizaban en zonas fotoexpuestas, en 4 pacientes limitadas a la zona de aplicación en miembros y uno desarrolló lesiones generalizadas. En cuanto a la duración de las lesiones fue en 5 pacientes de entre 20 y 40 días y 2 pacientes presentaron lesiones en zonas fotoexpuestas durante más de 10 años. De los 7 pacientes al menos 2 requirieron tratamiento con corticoides orales y en ninguno de los casos se requirió ingreso hospitalario. En el resultado de las pruebas: el ketoprofeno fue positivo en todas las pruebas de fotoparches y solo en un paciente en la prueba de parche con menor intensidad que en la zona radiada. De los 7 pacientes en 6 pacientes el ketoprofeno (o alguna de las positividades relacionadas con este) tuvieron relevancia actual con el cuadro clínico y en solo 1 paciente la relevancia era pasada y el cuadro por el que se realizaron las pruebas fue diagnosticado como erupción polimorfa lumínica. En dos pacientes fue el único alérgeno positivo. En dos pacientes fueron positivos otros AINES: en uno el piktetoprofeno y en otro paciente el etofenamato, bencidamina y diclofenaco. Tres pacientes tuvieron reacción cruzada con fenofibrato y con filtros solares: 2 pacientes fueron positivos a la oxibenzona, 2 pacientes a octocrileno y uno a butilmetoxidibenzoilmetano. En cuanto a las fragancias 3 pacientes fueron positivos a Fragancias mix. I, en uno de ellos al desglosar la batería de fragancias se encontró positividad para el aldehído cinámico y el alcohol cinámico, en otro para el aldehído cinámico y en el tercero no se encontraron positividades. En un paciente que no tuvo positividad en FM I se vio positividad al aldehído salicílico.

11. PERÓXIDO DE BENZOILO EN PRODUCTOS ANTIACNÉ. UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE ECCEMA ALÉRGICO DE CONTACTO

E. Gómez de la Fuente, M.D. Caro Gutiérrez, A. Pampín Franco, L. Ascanio Armada y J.L. López Estebanz

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

Presentamos 4 paciente mujeres, con eccema facial intenso tras aplicación de productos antiacnéicos en cuya composición se encontraba el peróxido de benzoilo. En todos ellos el cuadro cedió tras la suspensión del tratamiento. Las pruebas epicutáneas de contacto con peróxido de benzoilo 1% fueron positivas en todos los pacientes, confirmando el diagnóstico de eccema alérgico de contacto (EAC). El peróxido de benzoilo es una causa conocida de eccema irritativo, y aunque también puede producir EAC hay relativamente pocas publicaciones al respecto. Esto puede ser porque se confunde con un eccema irritativo o porque el paciente suspende el tratamiento no acudiendo al médico excepto en las formas más severas. Actualmente hay numerosos productos antiacnéicos que contienen peróxido de benzoilo, siendo uno de las sustancias más utilizadas para su tratamiento. Por ello es previsible que continúen produciéndose EAC tras su aplicación, siendo un alérgeno que no debemos olvidar, pues probablemente esté infradiagnosticado.

12. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO TEXTIL A PROPÓSITO DE 3 CASOS Y RECOMENDACIONES DE PARCHEO

I. Gómez-Martín^a, A. Azón-Masoliver^b, I. García Díez^a, G. Martín Ezquerro^a, F. Gallardo^a, R.M. Pujol^a y A. Giménez-Arnau^a

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona. España.

Introducción: Los tintes dispersos, usados para teñir tejidos sintéticos, son los alérgenos más frecuentes entre los tintes textiles. El diagnóstico de una dermatitis alérgica de contacto (DAC) por textiles es, en muchas ocasiones, difícil debido a la gran variedad de presentaciones clínicas, la dificultad para identificar tanto el producto causante como su composición exacta, y por la carencia de un marcador eficaz de alergia textil incluido en la serie basal epicutánea.

Material y métodos: Se exponen 3 casos de DAC a tintes dispersos confirmados mediante realización de pruebas epicutáneas (PE) con la serie basal del GEIDAC y Europea, serie textil (Chemotechnique®) y con producto propio.

Resultados: Primer caso: mujer de 23 años con hipersensibilidad retardada positiva frente a parafenilendiamina (PPD) en la serie basal, e hipersensibilidad cruzada frente a Disperse Orange (DO) 3 y DO1 en la batería textil. Previamente se había sensibilizado con un tatuaje de Henna. Segundo caso: varón de 55 años, camarero de profesión, presenta edema pruriginoso de mano y antebrazo izquierdos desde hace 4 años. La biopsia cutánea mostraba dermatitis perivasculares y granulomas incipientes en dermis. Cultivos repetidos para microorganismos resultaron negativos. Las PE mostraron positividad para PPD, isopropil-PPD, benzocaína, lanolina, una decena de tintes dispersos (incluyendo DO3), y liberadores de formaldehído. Tercer caso: mujer de 57 años que presentó, tras utilizar un vestido azul, una erupción eccematosa en tronco y muslos, respetando las zonas cubiertas por la ropa interior. Las PE mostraron negatividad de la serie basal y positividad para producto propio así como a > 10 colorantes textiles, entre ellos todos los Dispersos azules.

Conclusiones: La DAC por tintes dispersos puede manifestarse con una gran heterogeneidad clínica. La PPD, que resulta útil en el cribado de DAC por tintes capilares (compuestos *para*), no es un buen marcador de detección precoz de DAC por tintes dispersos (compuestos *azo*), a excepción del DO3 con quien muestra sensibilidad cruzada. Las baterías basales actuales no suelen ser suficientes para detectar la alergia de contacto textil. Por ello, y teniendo en cuenta su no menospreciable prevalencia, está en desarrollo la creación de una mezcla de textiles que pueda servir de marcador.

13. COINCIDENCIA DE DERMATITIS FOTOALÉRGICA DE CONTACTO POR UN GEL ANTIINFLAMATORIO Y DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR UNA MUÑEQUERA DE NEOPRENO

R. González Pérez, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya, T. Piqueres Zubiaurre, A. Urtaran Ibarzábal y R. Soloeta Arechavala

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción: La presencia de ciertas dermatitis condiciona una alteración de la barrera epidérmica que favorece la aparición de sensibilizaciones alérgicas a diversos haptenos. Este fenómeno, bien conocido en situaciones como dermatitis de éstasis, úlceras cutáneas o dermatitis irritativas, apenas aparece descrito en la literatura cuando la dermatitis primaria responsable del daño cutáneo es una dermatitis alérgica o fotoalérgica de contacto.

Caso clínico: Varón de 44 años que presentó un eczema agudo en la mano derecha y antebrazo ipsilateral a los 2 días de colocarse una muñequera de neopreno por una tendinitis. Reinterrogando al paciente, admitió haber aplicado simultáneamente Fastum gel sobre la zona.

El estudio epicutáneo con la serie estándar del GEIDAC, las baterías de anti-inflamatorios (parches y fotoparches) y gomas y derivados además de los productos propios (muñequera de neopreno y Fastum gel) demostró respuestas alérgicas positivas frente a perfumes, bálsamo del Perú, budesonida, resina de p-tert-butil-fenol-formaldehído, difenilguanidina, difeniltiourea, difenilbutiltiourea, isopropilfenilendiamina, ptalamida y fragmento de muñequera de neopreno. En los fotoparches se observó una intensa positividad al ketoprofeno.

Discusión: Las pruebas realizadas confirmaron que nuestro paciente presentó simultáneamente una dermatitis fotoalérgica de contacto y una dermatitis alérgica de contacto, probablemente predisponiendo una a la aparición de la otra, aunque la patocronía del proceso resulte difícil de precisar. Por otro lado, se observaron varias positivities en la batería de aditivos de las gomas, algunas raramente descritas en las dermatitis alérgicas de contacto por trajes o dispositivos ortopédicos de neopreno.

14. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL INSHT

D. Guimaraens

Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías Torrelaguna. Madrid. España.

El INSHT es un órgano científico-técnico especializado de la Administración General del Estado. Su misión es analizar y mejorar las condiciones de seguridad y salud del trabajo. Ha desarrollado una web para ampliar las vías de información y comunicación para que las nuevas tecnologías beneficien tanto a los ciudadanos como a los servicios públicos y técnicos implicados en la mejora de las condiciones de trabajo. Quiere consolidarse como un portal de referencia en temas de prevención de riesgos laborales. Con unos "click". Haremos una visión de las posibilidades y accesos que nos facilita.

15. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GEIDAC CON LA SERIE ESTÁNDAR DE PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO EN 2012. PRIMERA PARTE: ALÉRGENOS ESTÁNDAR

M. Hervella Garcés^a, J.C. Armario Hita^b, L. Borrego Hernando^c, S. Córdoba Guijarro^d, J. de la Cuadra Oyangueren^e, V. Fernández-Redondo^f, B. García Bravo^g, A.M. Giménez Arnau^h, E. Gómez de la Fuenteⁱ, R. González Pérez^j, F. Heras Mendaza^k, P. Mercader García^l, A.R. Rodrigues Barata^m, I. Ruiz Gonzálezⁿ, P. Sánchez-Pedreño Guillén^o y J.F. Silvestre Salvador^p

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Insular de las Palmas de Gran Canaria. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España. ^eServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España. ^fServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. España. ^hServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España. ⁱServicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. ^jServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago. Vitoria. España. ^kServicio de Dermatología. Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. ^lServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España. ^mServicio de Dermatología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. ⁿServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España. ^oServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. ^pServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Objetivo: Analizar los resultados más recientes de las pruebas de contacto con los alérgenos estándar realizadas en centros hospitalarios de toda España, para actualizar esta serie.

Pacientes y métodos: Todos los miembros y colaboradores del GEIDAC fueron invitados a aportar los datos y registros de pacientes estudiados con pruebas epicutáneas entre enero y diciembre de 2012. Se analizaron los perfiles epidemiológicos de cada Centro, y la frecuencia de pruebas positivas y sus relevancias para los 33 alérgenos de la serie estándar española del GEIDAC 2012, más otros 5 alérgenos candidatos, cuyos resultados se analizan aparte.

Resultados: Dieciséis Servicios procedentes de 12 ciudades españolas participaron en el estudio, y sumaron los datos de 3210 pacientes. Aunque hubo diferencias notables entre ellos, el índice MOAHLFA para el conjunto de esta serie fue: 35,2 - 10,9 - 19,1 - 29,2 - 12 - 28,2 - 62. Con los alérgenos de la serie estándar española, se detectaron 2855 pruebas positivas, al 48% de las cuales se atribuyó relevancia presente, al 30% relevancia pasada y al 22% relevancia negativa o desconocida. Los alérgenos más frecuentes fueron níquel (26,4%), metilcloroisotiazolinona (8,3%), cobalto (5,5%), cromo (5,1%), parafenilendiamina (4,6%) y mezcla de perfumes-I (4,4%). Los alérgenos menos frecuentes fueron mezcla de sesquiterpenolactonas y mezcla mercapto (0,56%), fenoxietanol (0,42%), mercaptobenzotiazol (0,41%), mezcla de parabenos (0,37%), clioquinol (0,29%) y primina (0,09%). Tiomersal, mercurio y cobalto destacaron como alérgenos frecuentes con mayor proporción de relevancias negativas o dudosas.

Discusión: Los alérgenos más frecuentes en nuestros centros (ejemplo: dicromato, parafenilendiamina o perfumes) siguen siendo los mismos que los encontrados en el estudio del GEIDAC de 2001. Sin embargo despuntan por su prevalencia en este estudio la sensibilización al níquel, que sigue tan alta como en el anterior y -aún más llamativa- la sensibilización al Kathon CG (MCI/MI, 266 casos en este estudio), que duplica la anteriormente publicada. Destacamos que los quince alérgenos más prevalentes suman el 76% de todas las pruebas positivas, y justifican el 84% de las positivas con relevancia presente y el 92% de aquellas con relevancia pasada, por lo que consideramos innecesario recomendar una serie estándar ampliada a más de 30 alérgenos.

Conclusiones: La documentación de las pruebas alérgicas de contacto con datos epidemiológicos tomados de múltiples centros de referencia es la mejor manera de monitorizar la prevalencia de los alérgenos estándar del GEIDAC, y debemos promover su institucionalización en el GEIDAC en los próximos años.

Palabras clave: Epidemiología. Dermatitis de contacto. Serie estándar. Pruebas epicutáneas.

16. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GEIDAC DE PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO EN 2012. SEGUNDA PARTE: ALÉRGENOS CANDIDATOS PARA LA SERIE ESTÁNDAR

M. Hervella Garcés^a, J.C. Armario Hita^b, L. Borrego Hernando^c, S. Córdoba Guijarro^d, J. de la Cuadra Oyanguen^e, V. Fernández-Redondo^f, B. García Bravo^g, AM. Giménez Arnau^h, E. Gómez de la Fuenteⁱ, R. González Pérez^j, F. Heras Mendaza^k, P. Mercader García^l, A.R. Rodrigues Barata^m, I. Ruiz Gonzálezⁿ, P. Sánchez-Pedreño Guillén^o y J.F. Silvestre Salvador^p

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Insular de las Palmas de Gran Canaria. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España. ^eServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. España. ^fServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. España. ^hServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España. ⁱServicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. ^jServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago. Vitoria. España. ^kServicio de Dermatología. Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. ^lServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España. ^mServicio de Dermatología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. ⁿServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España. ^oServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. ^pServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Objetivo: Estudio multicéntrico de 2012 para analizar los resultados de las pruebas de contacto con cinco alérgenos seleccionados como candidatos para la serie estándar del GEIDAC, y sopesar su inclusión en esta serie.

Pacientes y métodos: Todos los miembros y colaboradores del GEIDAC fueron invitados a aportar los datos y registros de pacientes estudiados con pruebas epicutáneas entre enero y diciembre de 2012. Se analizaron los perfiles epidemiológicos de cada Centro, y la frecuencia de pruebas positivas y sus relevancias para 5 alérgenos candidatos a formar parte de la serie estándar: hidrocortisona-17-butilato 1% alc, diazolidinilurea 2% pet (Germall II), imidazolidinil urea 2% pet (Germall 115), metilisotiazolinona 50 ppm aq y disulfuro de dialilo 1% pet. Los tres primeros alérgenos fueron testados en nueve centros mediante el TRUE Test, el resto de Chemotechnique o Martí Tor. La metilisotiazolinona y el disulfuro de dialilo fueron testados con Martí Tor en todos los centros.

Resultados: Dieciséis Servicios procedentes de 12 ciudades españolas participaron en el estudio, y sumaron los datos de 3193 pacientes. El índice MOAHLFA para el conjunto de esta serie fue: 35,2 - 10,9 - 19,1 - 29,2 - 12 - 28,2 - 62. Se detectaron 10 pruebas positivas a hidrocortisona-butilato (0,41% de los pacientes testados, 80% relevancia actual); 18 a diazolidinilurea (0,56%, 72% relevancia actual); 14 a imidazolidinil urea (0,44%, 86% relevancia actual). El disulfuro de dialilo originó 30 reacciones positivas (0,98% de los pacientes testados), de las cuales el 57% fueron interpretadas con relevancia presente. El paciente tipo fue una mujer de 58 años (mediana), con pulpitis de manos, en 1 de cada 3 casos de origen laboral. La metilisotiazolinona originó 150 reacciones positivas, de las cuales 130 coincidieron con reacciones positivas al Kathon CG de la serie estándar (4,75%) y solo 20 fueron reacciones exclusivas a la metilisotiazolinona aislada (0,73%, 19 de las 20 relevantes actuales). El perfil de paciente alérgico a metilisotiazolinona fue una mujer de 47 años, con dermatitis de cara-párpados, originada en casi todos los casos por cosméticos.

Discusión: El alérgeno emergente metilisotiazolinona originó múltiples reacciones, pero la mayoría de ellas fueron detectadas por la mezcla MCI/MI de la serie estándar. Las reacciones al disulfuro de dialilo fueron más frecuentes, pero muy variables entre Centros: uno detectó 9 reacciones, mientras que hubo 11 centros con 1 o ninguna reacciones positivas. Los datos encontrados con los otros 3 alérgenos candidatos han sido poco alentadores, y ninguno supera el 0,6% de sensibilizaciones.

Conclusiones: Con los datos presentados, y teniendo en cuenta criterios de eficiencia de la serie estándar, recomendamos no incluir estos alérgenos candidatos en la serie estándar española.

Agradecimientos: Al Laboratorio Martí Tor por suministrar desintegramente a todos los miembros del GEIDAC los alérgenos metilisotiazolinona y disulfuro de dialilo para realizar este estudio.

Palabras clave: Epidemiología. Dermatitis de contacto. Pruebas epicutáneas. Serie estándar. Metilisotiazolinona. Disulfuro de dialilo. Hidrocortisona-17 butirato. Diazolidinilurea. Imidazolidinilurea.

17. ALERGIA A BRONOPOL. ESTUDIO DE 8 CASOS

F. Ildefonso Mendonça, F. Alarcón Soldevilla, A. Rodríguez Pichardo y B. García Bravo

UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El Bronopol® o 2-bromo-2-nitropropano-1,3 diol es un conservante liberador de formaldehído utilizado en cosméticos al 0,01-0,2%, medicamentos tópicos y en productos industriales. La frecuencia de sensibilización es de 0,4 a 1,25%.

Material y métodos: Analizamos las características clínicas de 8 pacientes con pruebas de contacto positivas a Bronopol® en una muestra de 248 personas testadas con esta sustancia entre septiembre de 2012 y junio de 2013. Se estudiaron las variables de los pacientes positivos a este conservante (sexo, edad, profesión, forma clínica, otros alérgenos positivos y relevancia).

Resultados: De todos los pacientes testados, 152 tuvieron alguna prueba positiva en la serie estándar (61,29%). Ocho pacientes mostraron positividad a Bronopol® lo que representó un índice de sensibilización de 3,22%. La mayoría fueron hombres (6) con alergia a cosméticos y eczema de cara. Solo uno de ellos mostró positividad concomitante a formaldehído y otros liberadores de esta sustancia.

Discusión: El Bronopol® es un conservante activo frente a levaduras, hongos y bacterias Gram positivas y Gram negativas y especialmente efectivo frente a *Pseudomonas aeruginosa*. Se encuentra en cosméticos, medicamentos tópicos, materiales de construcción, aceites de corte, pinturas, lacas, productos farmacéuticos y tintas de impresión por lo que se han descrito casos de alergia profesional. Es un alérgeno relevante en niños que padecen eczema de contacto y en personas con dermatosis previas. Dentro de los liberadores de formaldehído, el Bronopol® es el que en menos cantidad lo hace. Las frecuencias de sensibilización son diferentes entre EEUU y Europa cifrándose entre 2,1-3,3% en la primera y 0,4-1,2% en la segunda lo que se explica por su menor uso en esta última. La alergia a Bronopol® se ha asociado con dermatitis de piernas y con el uso de productos cosméticos de aseo corporal.

Conclusiones: La incidencia de positividades a Bronopol® en nuestro estudio parece ser más alta de lo esperada. Aunque partimos de una pequeña muestra, es probable que la alergia a este conservante sea la más frecuente de entre los agentes liberadores de formaldehído que en un estudio multicéntrico en España mostraron valores entre 1,72 y 0,79%. Por ello parece muy útil su introducción en la serie estándar del GEIDAC.

Bibliografía

Latorre N, Silvestre JF, Monteagudo AF. Dermatitis de contacto alérgica por formaldehído y liberadores de formaldehído. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:86-97.

Schnuch A, Lessmann H, Geier J, Uter W. Contact allergy to preservatives. Analysis of IVDK data 1996-2009. *Br J Dermatol.* 2011; 164:1316-25.

Latorre N, Borrego L, Fernández-Redondo V, García-Bravo B, Giménez-Arnau AM, Sánchez J, Silvestre JF. Patch testing with formaldehyde and formaldehyde-releasers: multicentre study in Spain (2005-2009). *Contact Dermatitis.* 2011;65:286-92.

18. EL PARCHE DE KATHON CG DE LA BATERÍA ESTÁNDAR NO DETECTA UN TERCIO DE LOS CASOS DE ALERGIA A METILCLOROISOTIAZOLINONA Y/O METILISOTIAZOLINONA

J.F. Silvestre, I. Marin, M. Leiva, L. Francés y A.M. Bouret

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

Introducción: La metilcloroisotiazolinona/metilisotiazolinona (MCI/MI) es un conservante ampliamente utilizado debido a su eficacia y bajo coste. Es responsable de un 4% de las dermatitis de contacto en Europa y su uso en cosméticos está regulado por la Unión Europea. En la batería estándar del GEIDAC se testa MCI/MI a 100 ppm en una proporción MCI/MI 3:1. Algunos autores han alertan sobre la posibilidad de falsos negativos.

Objetivos: Conocer las características demográficas de los pacientes alérgicos a MCI/MI y determinar la utilidad del parche de MCI/MI de la batería estándar del GEIDAC.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 17 meses en todos los pacientes testados en nuestro hospital con la batería estándar del GEIDAC, MCI/MI a 200 ppm y MI a 200 ppm en agua. Recogimos los resultados de las pruebas epicutáneas y los siguientes datos clínicos: sexo, edad, localización, antecedentes de dermatitis atópica y origen profesional.

Resultados: Se incluyeron un total de 359 pacientes. Obtuvimos positividad al menos uno de los tres parches en 35 (9,8%). 23 (65,7%) pacientes fueron positivos para MCI/MC a 100 ppm y a 200 ppm (65,7%) y 12 (33,3%) sólo fue positivo para la concentración de 200 ppm (33,3%). De estos 12 pacientes, 7 pacientes fueron positivos a MI a 200 ppm. No detectamos ningún caso con positividad a MI y negatividad a MCI/MI a 200 ppm. Encontramos un alto porcentaje de eczema de manos (40,2%) entre los pacientes alérgicos a MCI/MI frente a un 26,8% en la población total estudiada.

Conclusiones: La MCI/MI de la batería estándar no detecta hasta un tercio de alergias a MCI/MI. Da falsos negativos tanto para MCI como para MI. MCI/MI a 200 ppm ha detectado todos los casos de alergia a MI. Proponemos la inclusión de MCI/MI a 200 ppm en la batería estándar del GEIDAC.

Palabras clave: Dermatitis de contacto alérgica. Metilcloroisotiazolinona. Metilisotiazolinona. Pruebas epicutáneas.

19. AUMENTO DE SENSIBILIZACIÓN A KATHON CG EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

F. Liuti, Z. Hernández y L. Borrego

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

Introducción: El Kathon CG es un biocida compuesto por Clorometil-isotiazolinona y Metil-isotiazolinona, utilizado fundamentalmente en cosméticos, detergentes y fluidos industriales. Desde su comercialización en los 70 ha destacado por su poder sensibilizante, estando regulado su uso por la normativa europea. Sin embargo, en los últimos años se ha detectado un aumento de sensibilizaciones a este alérgeno.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes sensibilizados al Kathon CG desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de Junio de 2013 en el Área Sur de Gran Canaria. Valoración de los

pacientes sensibilizados por Metilsotiazolinona desde 31 de junio de 2011 hasta el 31 de junio de 2013.

Resultados: Se estudiaron 863 pacientes, de los cuales 85 presentaban positividad para el Kathon CG (10%). Por años, se detectó una clara diferencia entre los pacientes estudiados antes del 2009 (frecuencia de sensibilización del 6%) frente a los pacientes parcheados a partir del 2010 (frecuencia de sensibilización del 14%). La comparación del índice MOAHLFA de ambos periodos mostró una mayor sensibilización en mujeres y eccema de origen no laboral en el grupo de los tres últimos años. Todos los pacientes parcheados con positividad a la Metil-Isotiazolinona fueron positivos también para el Kathon CG, La mitad de los 37 pacientes con prueba positiva al Kathon CG estudiados en los dos últimos años, estaban sensibilizados a la Metil-Isotiazolinona.

Conclusiones: En los últimos 3 años ha aumentado la frecuencia de sensibilización al Kathon CG en nuestro Área de referencia, posiblemente por el aumento de sensibilización a la Metil-Isotiazolinona contenida en los productos cosméticos.

20. DERMATITIS DE CONTACTO SISTÉMICA POR ORTODONCIA

P. Mercader García

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: La corrección del mal alineamiento dental mediante ortodoncias es un procedimiento cada vez más frecuente. En las ortodoncias se usan diversos materiales que son susceptibles de provocar sensibilización, sin embargo la presencia de cuadros de estomatitis o dermatitis de contacto son excepcionales.

Caso clínico: Varón de 31 años con antecedentes personales de atopía, que acude a consulta por un brote de lesiones papulocostrosas en tronco y extremidades muy pruriginosas, que en un primer momento no relacionaban con ningún desencadenante claro. Las lesiones cursaban en brotes y eran resistentes al tratamiento con corticoides tópicos y sistémicos. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, presentando pruebas epicutáneas positivas con el sulfato de níquel (++D2, +++ D5). De forma retrospectiva el paciente pudo relacionar sus lesiones con la colocación de una ortodoncia, presentando lesiones más intensas cuando aparecían úlceras en la boca por el roce con los brackets. Las lesiones se resolvieron cuando se retiró la ortodoncia.

Discusión: La dermatitis de contacto sistémica por níquel es una complicación muy poco frecuente de las ortodoncias. La mayoría de pacientes sensibilizados al níquel toleran bien las ortodoncias de metal en la boca e incluso hay autores que postulan que pueden tener un papel protector en el desarrollo de dermatitis de contacto al inducir tolerancia inmunológica. En nuestro caso la presencia de úlceras pudo aumentar la absorción del níquel y contribuir a la aparición de las lesiones.

21. REACCIÓN TARDÍA Y PERSISTENTE A TIOSULFATO SÓDICO DE ORO. ¿SENSIBILIZACIÓN ACTIVA?

F.J. Miquel Miquel^a, G. Pérez Pastor^b, F. Valcuende Cavero^b y E. Gimeno Carpio^a

^aHospital Arnau de Vilanova. Valencia. España. ^bHospital de La Plana. Villarreal. Castellón. España.

Introducción: La positividad tardía de una prueba de parche (a partir de los 10 días), seguida de una positividad a las 48-72 horas al volver a parchar el alérgeno se ha considerado clásicamente indicativo de sensibilización activa. Pero algunos alérgenos pueden dar reacciones tardías en personas previamente sensibilizadas, y ello dificulta la aplicación de este criterio.

Caso clínico: Niño de 10 años de edad, afecto de dermatitis atópica moderada con afectación flexural y ocasionalmente del tronco, bien controlado con emolientes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En los últimos años presentaba brotes estivales intensos de eccema vesiculoso palmoplantar. También es reseñable que hace 2 años tuvo un brote de eccema palmar que relacionó con unos guantes de portero de fútbol. No había llevado nunca pendientes ni otros piercings, y tampoco era portador de ningún tipo de material dental (amalgamas, ortodoncia...). Se realizaron pruebas epicutáneas (TrueTest) para descartar sensibilización a alérgenos del calzado. Se obtuvieron positividades débiles (+) para sulfato de níquel, cloruro de cobalto y dicromato potásico, considerando relevante esta última. A las 3 semanas la madre del niño se puso en contacto con el servicio por haber notado una nueva positividad, que persistía (++) a las 6 semanas, cuando acudió el paciente a la consulta y se le volvió a parchar el panel 3 del TrueTest (por la posición de la reacción se dedujo que era un alérgeno contenido en este panel). A las 48 h se observó positividad (++) a tiosulfato sódico de oro, que se mantuvo durante más de 3 meses.

Discusión: Es bien conocido, aunque no bien comprendido, que algunos alérgenos, en especial el tiosulfato sódico de oro, pueden dar reacciones tardías y persistentes. El hecho de que, al reparchar, la positividad apareciera a las 48 horas, es típico de una sensibilización activa, aunque una explicación alternativa sería que ha habido un "efecto booster". Revisamos brevemente la literatura publicada sobre este tema.

Conclusiones: Para concluir, en este paciente, su corta edad y la ausencia de exposición previa a oro (joyería, odontología) nos hace plantearnos que verdaderamente haya tenido lugar una sensibilización activa a tiosulfato sódico de oro, inducida por el TrueTest.

22. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA POR ALCOHOL CETOSTEARÍLICO CONTENIDO EN THROMBOCID POMADA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M. Rodríguez Serna^a, F.J. Miquel Miquel^b, M. Armengot Carbó^b, E. Gimeno Carpio^b y R. Botella Estrada^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

^bServicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 75 años, que presentó unos meses antes una reacción cutánea tras la aplicación de Thrombocid pomada. En el último año y medio padecía con frecuencia prurito y lesiones eccematosas en ambos pies, predominando en el dorso y caras laterales. Para tratar uno de estos brotes se aplicó Thrombocid pomada. A las 24 horas de la primera aplicación tuvo una exacerbación importante, con eritema y vesículo-ampollas en todas las zonas donde se aplicó la pomada, incluyendo dorso y plantas de pies. Dejó de usar el Thrombocid y las lesiones remitieron en una semana. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDAC y una extensión de conservantes/cosméticos (Marti-Tor). Se obtuvieron positividades a las 72 h para mercurio (++) , dicromato potásico (++) , mezcla caínas (++) , clioquinol (+) , y alcohol cetostearylíco (+). Caso 2: mujer de 82 años de edad que en Junio de 2012 presentó lesiones eritemato-descamativas pruriginosas en miembros inferiores tras aplicar Thrombocid pomada en piernas como tratamiento de edemas tibio-maleolares. Las lesiones desaparecieron al discontinuar la aplicación del producto. Se realizaron pruebas epicutáneas con batería estándar del GEIDAC y batería de perfumes. Las lecturas a 96 horas mostraron positividad para mezcla de fragancias-I (++) y musgo de encina (++) . También se parcharon en las dos pacientes Thrombocid pomada tal cual y los componentes de la misma, que nos facilitó el laboratorio fabricante. En ambos casos fue positivo el parche con Thrombocid pomada (++) , alcohol cetostearylíco (++) y Emulgade F (++) -compuesto que

contiene también alcohol cetosteárico. Se realizaron controles en un total de 18 pacientes y fueron todos negativos.

Discusión: Las reacciones cutáneas a Thrombocid pomada son excepcionales. Sólo hemos encontrado una comunicación de urticaria de contacto por esta pomada, publicada en 2003 por un grupo español¹, que se atribuyó al ácido sórbico. Respecto a la dermatitis por contacto a alcohol cetosteárico, las comunicaciones son escasas y la más reciente data de 1997². En la mayoría de los casos publicados, el origen de la dermatitis de contacto alérgica por alcohol cetosteárico se encuentra en corticoides tópicos o cosméticos. Presentamos los dos primeros casos de dermatitis de contacto alérgica causados por alcohol cetosteárico contenido en Thrombocid pomada.

Bibliografía

1. Pérez RG, et al. Clinically relevant contact urticaria caused by Thrombocid ointment. *Contact Dermatitis* 2003;48:225.
2. Rademaker M, et al. Contact dermatitis from cetostearyl alcohol. *Australasian J Dermatol.* 1997;38:220.

23. FOTOALERGIA A KETOPROFENO Y ALERGIA DE CONTACTO A ALCOHOL CINÁMICO

I. Ruiz, M.M. Otero, L.M. Valladares, H. Cocunubo, S. Delgado y M.A. Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: EL ketoprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo que pertenece al subgrupo de los arilpropiónicos. Alomar describió por 1ª vez la fotoalergia por ketoprofeno tópico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que acude a nuestro servicio por la aparición de lesiones ampollas en pierna y pie izquierdos días después de haberse aplicado ketoprofeno en gel. Se realizaron pruebas epicutáneas: serie estándar española, Fastum gel tal cual, serie fragancias Chemotechnique, excipientes y principio activo de Fastum gel, fotoparche con 5 julios de UVA con fotoprotectores Chemotechnique, alcohol cinámico, ketoprofeno. ROAT test con ketoprofeno y esencia de lavanda de Fastum gel.

Resultados: Las pruebas epicutáneas fueron positivas a las 96 horas a mezcla de fragancias I, Fastum gel y alcohol cinámico. El fotoparche fue positivo para ketoprofeno y oxibenzona. El test abierto fue positivo para la esencia de lavanda.

Discusión: Varias publicaciones reflejan la asociación entre la fotoalergia de contacto al ketoprofeno y la alergia de contacto a derivados cinámicos. Esta asociación podría ser debida a compartir algún grupo químico, a la existencia de metabolitos comunes o a sensibilización concomitante.

Conclusiones: Presentamos un caso de fotoalergia de contacto a ketoprofeno, oxibenzona y alergia de contacto a alcohol cinámico. El ROAT con esencia de lavanda apoya más la sensibilización concomitante.

24. ECZEMA DE CONTACTO PROFESIONAL POR ISOTIAZOLINONAS

P. Sánchez-Pedreño Guillén^a, T. Martínez Menchón^a, J.A. Ortuño^b, R. Corbalán Vélez^a, J. Martínez Escribano^a y J. Frías^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bDepartamento de Química Analítica. Facultad de Química. Universidad de Murcia. España.

Introducción: Las isotiazolinonas son compuestos heterocíclicos con actividad bactericida, algicida y fungicida. Se han descrito múltiples casos de sensibilización a este grupo de sustancias, tanto de origen profesional como no profesional.

Caso clínico: Varón de 36 años de edad, de profesión pintor, que acudió por presentar lesiones de eczema en manos y antebrazos,

con generalización en alguna ocasión, de un año de evolución. En la serie estándar del GEIDAC se demostró positividad a kathón CG y metilisotiazolinona. Se realizó, asimismo, determinación química de isotiazolinonas en la pintura usada por el paciente.

Discusión: Se comentan los aspectos más relevantes respecto a los casos de sensibilización a isotiazolinonas de origen profesional, habitualmente por el uso de pinturas, descritos en la literatura.

Conclusiones: Es necesario realizar una regulación más estricta respecto al uso de isotiazolinonas en productos industriales.

25. ECCEMA DE CONTACTO SISTÉMICO POR PROPIONATO DE CLOBETASOL

J. Sánchez Pérez, A. Godoy Trapero, M.J. Concha y A. García Díez
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: La sensibilización de contacto a corticoides no es un hallazgo infrecuente en pacientes parcheados con eczema de contacto, siendo más frecuente que la hipersensibilidad inmediata. Aunque el contacto con la piel es la principal fuente de la sensibilización de contacto a corticoides, la administración sistémica de los mismos en pacientes previamente sensibilizados puede estar implicada en el desarrollo de eczema de contacto.

Caso clínico: Mujer de 67 años, sin antecedentes personales ni familiares de atopía, diagnosticada hace años de un líquen plano pilar en región fronto-temporal que está tratando desde hace meses con una preparación tópica de corticoides. La paciente consulta por lesiones eczematosas en cuello y región torácica anterior de varias semanas de evolución que desaparece espontáneamente tras dejar la aplicación de corticoides. Se realizan las pruebas epicutáneas con la serie estándar del GEIDAC, la serie de corticoides y el producto comercial que contiene corticoides resultando positivo el propionato de clobetasol, el acetónido de triamcinolona, la budesonida y el preparado comercial con corticoides. Se realiza un ROAT que resulta positivo con el preparado comercial, y coincidiendo con esta prueba nota la aparición de placas eczematosas simétricas en cuello, región torácica anterior, axilas y fosas antecubitales que cedieron de forma espontánea en varios días. Tras realizar el test del uso con el corticoide tópico volvieron a aparecer las lesiones eczematosas en las mismas localizaciones con una evolución similar.

Conclusiones: La reacción cutánea observada se interpreta como una dermatitis de contacto sistémica por corticoides tras la re-exposición transcutánea y/o inhalatoria del mismo, en una paciente con sensibilización de contacto al corticoide aplicado previamente en la piel. La paciente tiene pruebas epicutáneas positivas a otras moléculas de corticoides que pueden interpretarse como sensibilización cruzada y/o concomitante.

Palabras clave: Sensibilización de contacto a corticoides. Clobetasol.

26. PACIENTE CON LESIONES EN ÁREAS FOTOEXPUSTAS

T. Sanz Sánchez, R.M. Díaz-Día, D.M. Arranz Sánchez y C. Garrido Gutiérrez

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

Introducción: Las fotodermatitis se caracterizan clínicamente por lesiones cutáneas localizadas en zonas fotoexpuestas al provocarse por interacción de una sustancia química y la presencia de luz.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 79 años en tratamiento con lisinopril-hidroclorotiazida que refería brotes de lesiones pruriginosas desde hacía 5 meses en áreas fotoexpuestas. La paciente refería que suministraba Largactil® (clorpromazina) a su marido, que ella manipulaba para que el paciente pudiera deglutirla y ade-

más que ella no se aplicaba perfumes pero si realizaba los cuidados de higiene de su marido y le aplicaba colonia. Se realizaron pruebas epicutáneas y fotoparche con la batería estándar recomendada por GEIDAC, batería de fotoalergenos de Martitor®, clorotiazida a 1 y 10% en vaselina y una colonia que aportaba la paciente que aplicaba a su marido. A las 48 horas se observaba tanto en el lado irradiado como no irradiado positividad para primina, la mezcla de fragancias I y II y la colonia Nenuco® aportada por el paciente. A las 96 horas se confirmaba positividad a los alérgenos referidos tanto en zona irradiada como no irradiada y se añadió una positividad a clorpromazina a las 96 horas solo en zona irradiada.

Discusión: La clorpromazina es una fenotiazida que se utiliza como medicamento neuroléptico para inducir sedación. En nuestro caso se trata de una dermatitis de contacto conubial ya que la paciente no ingería la clorpromazina sino que este fármaco se lo administraba a su marido. Las fragancias representan la segunda causa más frecuente de dermatitis de contacto alérgica en nuestro medio. Son alérgenos ubicuos a los cuales nos exponemos de manera continua y diaria.

Conclusiones: Destacamos la importancia de la anamnesis para llegar al correcto diagnóstico porque en ocasiones los causantes del cuadro clínico del paciente no se encuentran entre los productos que utilizan para uso personal ni en relación con su medicación sino con productos o medicamentos que administran a otras personas de su entorno familiar.

27. DERMATITIS PROTEÍCA POR FRUTA. CASO PROFESIONAL

E. Serra Baldrich^a, C. Granel^b y L. Puig^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Alergia. Hospital Sant Pau. Barcelona. España.

Las proteínas transportadoras de lípidos (LTP) son la principal causa de alergia alimentaria en adultos de la región mediterránea. Actualmente se considera posible que ocurra la sensibilización por vía cutánea o inhalada de las partículas de la fruta. Presentamos un caso profesional, en un varón de 27 años de edad, manipulador de fruta, afecto de eccema de manos de varios meses de evolución y alérgico a gramíneas y frutos secos. El estudio realizado demostró una sensibilización a LTP de melocotón. Se comenta dicho caso y se realiza una revisión sobre esta entidad.

Palabras clave: Dermatitis. Eccema. LTP. Melocotón. Pólenes.

28. LA DIFÍCIL INTERPRETACIÓN DE LA POSITIVIDAD A ORO EN LAS PRUEBAS DE CONTACTO

M. Silla Prosper^a, C. Fernández-Valdés Martín^a, R. Díaz Moreno^b, P. Mozo Vargas^b y B. García-Bravo^a

^aUGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; ^bUGC Dermatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España. España.

Introducción: La incorporación en el nuevo True Test® del tiosulfato sódico de oro nos ha permitido detectar positividad a este alérgeno anteriormente no incluido en la serie estándar. No obstante, hemos comprobado que existe una importante variabilidad clínica de la prueba positiva y del periodo de reacción a la misma lo que dificulta la interpretación de la relevancia.

Material y métodos: Entre septiembre de 2012 y junio de 2013 se estudiaron 502 pacientes con pruebas de contacto estándar que incluían tiosulfato sódico de oro. La muestra incluía un total de 221 hombres y 281 mujeres. Analizamos las variables de los pacientes positivos a oro (sexo, edad, positividad, forma clínica y otros alérgenos positivos).

Resultados: De todos los pacientes testados, 325 tuvieron alguna prueba positiva en la serie estándar (64,74%). Mostraron positividad

a tiosulfato sódico de oro 45 pacientes lo que corresponde a 8,96%. De ellos, 31 eran mujeres y 14 hombres. Las positividads aparecieron a las 96 horas en 12 pacientes, 1 a los 15 días y 3 a los 45-60 días. Algunas reacciones tenían aspecto pustuloso y otras linfomatoide. Las positividads concomitantes más frecuentes fueron a níquel y cromo.

Discusión: Estudios estadísticos demuestran que la sensibilidad al oro no es infrecuente cifrándose entre 9,5% y 3,1%. El origen de esta alergia está en el contacto con metales de orfebrería y en el uso de piezas dentales que lo contienen por lo que es más frecuente en pacientes con liquen oral y en profesionales de odontología. Es más común en mujeres alérgicas a níquel. Se han descrito positividads tardías pero se ha descartado que se trate de sensibilizaciones activas.

Conclusiones: Aunque las positividads a tiosulfato sódico de oro no son raras, hay que ser muy cuidadoso en su interpretación y en la valoración de la relevancia y contar con la posibilidad de que se aparezcan positividads muy tardías, incluso hasta 60 días tras la colocación de los parches.

Bibliografía

Davis MDP, Wang MZ, Yiannias JA, Keeling JH, Connolly SM, et al. Patch testing with a large series of metal allergens: findings from more than 1000 patients in one decade at Mayo Clinic. *Dermatitis*. 2011;22;256-71.

Bruze M, Anderesen KE. Gold- a controversial sensitizer. *Contact Dermatitis*. 1999;40:295-9.

Nonaka H, Nakada T, Iijima M, Maibach HI. Metal patch test results from 1990-2009. *Journal of Dermatology*. 2011;38:267-71.

29. EVALUACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE NÍQUEL POR CONTACTO CON MONEDAS

D. Isnardo, J. Vidal, D. Panyella y J. Vilaplana

Introducción: Dado que en los últimos 30 años hemos tenido la ocasión de observar en numerosas ocasiones a pacientes que referían sensibilidad a ciertos cosméticos y que una vez realizadas las pruebas epicutáneas observamos el Níquel como única posibilidad; pensábamos que las dermatitis referidas por estos pacientes podían haber sido ocasionadas por la transferencia de Níquel mediante las manos. Para poder afirmar o descartar este hecho hemos realizado el siguiente protocolo.

Material y métodos: Monedas de 1 €, monedas de 2 €, cinta adhesiva, recipientes de plástico estériles. *Stripping* sobre monedas: Se cortan tiras de aproximadamente 5 cm. Se pega y se despegas la tira sobre las monedas repitiendo esta acción hasta 10 veces. Este proceso se realiza con otras tiras de 5 cm de cinta adhesiva hasta recoger en un recipiente aproximadamente 2 g de cinta adhesiva. Para disponer de un control en blanco, se recortan tiras de cinta adhesiva y se recogen en otro recipiente hasta reunir aproximadamente 2 g de cinta. Todas las muestras de cinta adhesiva se recogen en recipientes de plástico estériles para su posterior análisis. *Stripping* sobre piel: Se realiza el estudio sobre 10 voluntarios divididos en dos grupos de 5 voluntarios. Un primer grupo no se exponen al contacto con las monedas. El segundo grupo frota entre sus dedos las monedas durante un periodo de tiempo de 1 h. Durante este periodo de tiempo no se lavan las manos e intentan no tocar ninguna superficie sospechosa de poder contener Níquel. Se cortan tiras de aproximadamente 5 cm. Se pega y se despegas 10 veces la tira sobre los dedos de los cada uno de los 10 voluntarios. Se repite este proceso de manera que obtenemos 2 gramos de cinta adhesiva de cada voluntario. Para disponer de un control en blanco, se recortan tiras de cinta adhesiva y se recogen hasta reunir 2 g de cinta. Todas las muestras de cinta adhesiva se recogen en recipientes de plástico estériles para su posterior análisis.

Resultados: Se analizan las muestras recogidas mediante digestión con microondas por duplicado con la realización de tres blancos de forma paralela. El análisis se realiza por la técnica de plasma de

inducción con espectrometría de masas (ICP-MS) en la unidad de análisis de metales de la Universidad de Barcelona (UB).

Conclusiones: Dados los resultados obtenidos, podemos concluir que la transferencia de Níquel a través de los dedos sería suficiente como para desencadenar eczemas en pacientes muy sensibles.

30. QUEILITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR LAURIL-SULFATO SÓDICO PRESENTE EN UNA PASTA DE DIENTES

V. Zaragoza, J.G. Garcias, C. Sierra y J. de la Cuadra

*Servicio de Dermatología. Sección de Alergia Cutánea.
Hospital General Universitario de Valencia. España.*

La queilitis eccematosa crónica puede ser la manifestación de una dermatitis alérgica de contacto a diversas sustancias tales como productos de higiene oral, cosméticos, materiales odontológicos, medicamentos o alimentos. El lauril sulfato sódico es un compues-

to surfactante empleado en numerosos cosméticos, ampliamente estudiado como agente irritante, pero que sólo en casos excepcionales se ha reportado como agente causal de dermatitis alérgica de contacto. Presentamos el caso de una paciente de 23 años con antecedentes de atopia remitida para estudio de queilitis refractaria, cuya exploración con pruebas epicutáneas mostró sensibilización a lauril sulfato sódico al 0,1% presente en su pasta de dientes. Esta sensibilización se consideró de relevancia presente al resolverse la queilitis con la evitación del alérgeno. Además, se realizaron controles con parches al 2%, 1%, 0,1% para fijar la concentración adecuada para parchar el lauril sulfato sódico. La dermatitis alérgica de contacto por lauril sulfato sódico debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las queilitis de contacto, así como en las dermatitis alérgicas de contacto pro cosméticos. Aunque el lauril sulfato sódico es un agente eminentemente irritante, debe considerarse sus capacidad de producir dermatitis alérgica de contacto, y cuando se sospeche clínicamente parchase al 0,1% en agua.



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LINFOMAS CUTÁNEOS

VIII Reunión del Grupo Español de Linfomas Cutáneos

Valencia, 7 de junio de 2013

1. NÓDULO ÚNICO EN PÁRPADO CON RÁPIDA DISEMINACIÓN MULTIFOCAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CD30+ PRIMARIO CUTÁNEO

L. Turrión Merino^a, S. Pérez Gala^a, E. Hermosa Zarza^a, C. de Daniel Rodríguez^a, R. Carrillo Gijón^b y P. Jaén Olasolo^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: El Linfoma Anaplásico de Células Grandes CD30+ Primario Cutáneo (LACG-C) es un linfoma no Hodgkin tipo T que se caracteriza generalmente por su presentación como una lesión solitaria y la tendencia ocasional a regresar espontáneamente. La ubicación habitual de las lesiones es muy variable, siendo la localización palpebral prácticamente excepcional.

Caso clínico: Varón de 59 años que acude por un nódulo violáceo de 6 cm de diámetro en párpado superior izquierdo desde hacía 3 meses. La lesión era asintomática pero impedía casi por completo la apertura palpebral. La biopsia demostró la presencia de un LACG CD30+, CD8+, CD3+ y ALK-, MUM1+ y alto índice proliferativo. Se descartó afectación sistémica. Con el diagnóstico de LACG-C se inició tratamiento con RT. A las pocas semanas el paciente presentó un nódulo profundo malar izquierdo donde la histología demostró infiltración por LACG que también respondió a RT. Durante los meses siguientes aparecieron nuevas lesiones en mentón, y en antebrazo izquierdo. Ante la presencia de enfermedad multifocal se inició tratamiento sistémico con MTX 50 mg/sem con buena respuesta y sin aparición de nuevas lesiones.

Discusión: Los linfomas T de los anejos oculares son infrecuentes y en su mayoría corresponden a manifestaciones de Linfomas T sistémicos o afectación por Micosis Fungoide. El LACG-C del párpado es una entidad rara y posiblemente infradiagnosticada en Dermatología, porque se publica más a menudo en textos de Oftalmología. Otra de las peculiaridades del caso que presentamos es, no sólo la rápida progresión de la enfermedad, sino también la presentación multifocal de la misma (descrita hasta en el 20% de los pacientes). Ante la ausencia de un tratamiento estandarizado, actualmente disponemos de múltiples opciones terapéuticas para el abordaje del LACG-C multifocal. En nuestro paciente tanto el uso

de RT como de dosis moderadas de MTX consiguió buen control sin efectos adversos reseñables.

2. LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES CON VOLUMINOSA AFECTACIÓN CUTÁNEO-MAMARIA

C. Román Curto, J. Cañueto Álvarez, Jose M. Mir Bonafé, L.C. Sáez Martín, M.R. Perelló Alzamora, A. Santos Briz y E. Fernández López

Hospital Universitario de Salamanca. España.

Caso clínico: Mujer de 77 años. Consultó en noviembre 2011 por presentar una masa asintomática de 1 año de evolución localizada en región preesternal y mamaria izquierda, de 15 cms de diámetro. No existían síntomas B. Hemograma y bioquímica general: normales, excepto LDH: 927. TAC craneal y tóraco-abdominal: masa preesternal localizada en tejido subcutáneo que se extendía a mama izquierda, sin afectación de otros órganos. El estudio dermopatológico reveló un Linfoma B difuso de célula grande, estadio I_e IPI-2, con elevado índice mitótico (Ki67: 90%). Citometría de flujo en sangre periférica y biopsia de médula ósea fueron negativas. LCR: negativo para células malignas. Se realizó sucesivamente tratamiento con R-CHOP, radioterapia local (40 Gy), R-Bendamustina-Dexametasona y ensayos clínicos con R-GEMOX-DEXA y Lenalidomida presentando progresión de la enfermedad, con afectación masiva de ambas mamas y adenopatías regionales, sin afectación de otros órganos. Falleció por sepsis respiratoria 14 meses después.

Conclusiones: Nuestra paciente presentó un excepcional linfoma B difuso de célula grande mamario primario que progresó, destruyendo ambas mamas, a un estadio IV-A. El gran tamaño, la elevación de LDH y la afectación bilateral, junto con la afectación de ganglios linfáticos regionales, constituyen signos de mal pronóstico en estos linfomas.

Bibliografía

Annals of Oncology 19:233-241, 2008. Annals of Oncology 00:1-9, 2013. BMC Cancer 10.321, 2010.

3. ESTUDIO COLABORATIVO GELC: EXPERIENCIA CON BEXAROTENO. RESULTADOS PRELIMINARES PRIMERA RONDA

R. Izu Belloso

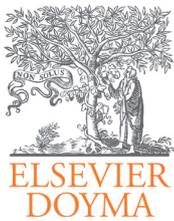
Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.

Introducción: Desde el año 2002 disponemos del bexaroteno, un retinoide aprobado como tratamiento en los casos refractarios de linfomas cutáneos de células T (LCCT) a como mínimo otro tratamiento sistémico. Su mecanismo de acción es desconocido aunque se ha visto que influye en la proliferación y diferenciación celular, tiene propiedades inmunomoduladoras y antiinflamatorias e interviene en los procesos de apoptosis tumoral. Los efectos secundarios más frecuentes según su incidencia son: hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, cefalea, hipotiroidismo, prurito, leucopenia, rash, infección, dermatitis exfoliativa, diarreas, anemia, anorexia, pancreatitis, etc... La mayoría de los efectos adversos son dosis-dependientes.

Material y métodos: El Grupo Español de Linfomas Cutáneos (GELC) se ha propuesto recoger la experiencia de los componentes del grupo en el tratamiento de los (LCCT) con bexaroteno durante los últimos 10 años. Para ello se ha confeccionado una plantilla Excel de recogida de datos que consta aproximadamente de 60 ítems y que posteriormente se volcará en una base de datos sobre la que se realizará el análisis estadístico.

Resultados: Se han recogido hasta la fecha 196 casos provenientes de 16 hospitales de toda la geografía nacional, destacando la aportación del Hospital 12 de octubre de Madrid con casi un tercio de los mismos. Tras la presentación de los datos preliminares en la reunión del GELC se aclararon varias dudas metodológicas en la recolección de los datos y se realizaron algunas sugerencias del resto de participantes en relación al estudio.

Conclusiones: La meta de este estudio es la publicación de la mayor serie de casos de linfomas tratados con bexaroteno, ya que existen pocos artículos sobre el tema y con escaso número de pacientes (la mayor colección no llega a 100 casos).



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE PROFESORES Y DOCENTES DE DERMATOLOGÍA (GEPDD)

Reunión del Grupo Español de Profesores y Docentes de Dermatología (GEPDD)

Valencia, 7 de junio de 2013

1. ¿CÓMO ENFOCAR LA DOCENCIA EN EL GRADO DE MEDICINA?

I. Querol Nasarre

Profesor Titular de Dermatología. Facultad de Medicina. Zaragoza. España.

Introducción: Se realiza una breve revisión de los principales rasgos diferenciales de la enseñanza de la Dermatología médico-Quirúrgica y Venereología en el actual Grado de Medicina, en lo que se refiere a sus objetivos docentes, competencias a desarrollar y métodos de evaluación, basándonos en nuestra experiencia de varios años en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Los principales puntos que se desarrollan en la ponencia se refieren a:

Créditos: En la Universidad de Zaragoza, la enseñanza de la Dermatología se limita a 4 ETCS, dentro de una asignatura de 9 ETCS denominada Dermatología, Inmunopatología y Toxicología.

Objetivos básicos: 1) Conocer las bases y los conceptos morfológicos y patológicos, así como la terminología necesaria, para comprender la fisiopatología, la semiología clínica, el diagnóstico, la evolución, el pronóstico y el tratamiento de las principales enfermedades de la piel, de las mucosas dermopapilares, de los anejos cutáneos y de las enfermedades de transmisión sexual. 2) Integrar los conocimientos sobre las enfermedades dermato-venereológicas con el resto de la patología médica y quirúrgica.

Conocimientos y competencias: Conocer las lesiones elementales clínicas e histológicas de la piel, así como las principales exploraciones complementarias necesarias para llegar al diagnóstico dermato-venereológico. Familiarizarse con las principales formas de terapéutica dermatológica: tópica, sistémica, física y quirúrgica. Reconocer las dermatosis más frecuentes, entre las que destacan las infecciones bacterianas, fúngicas y víricas, los eccemas, el acné, las alopecias, la urticaria, la psoriasis y otros síndromes dermatológicos. Reconocer las lesiones cutáneas relacionadas con las enfermedades sistémicas, como las enfermedades por alteraciones de la inmunidad (lupus eritematoso, dermatomiositis, esclerodermia, enfermedades ampollas autoinmunes), las vasculitis, las paniculitis, las enfermedades endocrino-metabólicas y por déficits nutricionales, las intoxicaciones y las dermatosis paraneoplásicas. Identificar las lesiones cutáneas que indican gravedad o son motivo de consulta urgente. Comprender la patología del envejecimiento cutáneo y el desarrollo

de las principales lesiones tumorales de la piel, tanto benignas y malignas más frecuentes. Conocer las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio, así como la forma de prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente.

Principales métodos y directrices docentes: Profesor: guía y facilitador del aprendizaje. Alumno: centro del proceso de aprendizaje. Se fomentará el aprendizaje autónomo, reduciendo las clases tradicionales y potenciando la participación activa del alumno/a. Proceso de aprendizaje: orientado a que se adquieran conocimientos teóricos, habilidades, destrezas y capacidades generales y específicas que permitan un mejor acceso al mercado laboral. Evaluación: valoración de todo el proceso de aprendizaje, el trabajo realizado en casa, en la universidad o durante las prácticas, será necesario para alcanzar los objetivos fijados en el título y se contabilizarán en los créditos europeos. Se destaca la implantación de la web docente como medio de comunicación entre profesores y alumnos, y del portafolios como método de transmisión evaluación de las actividades presenciales y no presenciales.

2. ENCUESTA A PROFESORES: CURRÍCULUM “NUCLEAR” PARA EL GRADO

J.M. Casanova

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. España.

Los problemas dermatológicos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina, pero el periodo destinado al aprendizaje de la dermatología es muy limitado entre los estudiantes del grado. Con el fin de consensuar los contenidos principales del currículum, diseñamos una encuesta sobre cuáles deberían ser los objetivos de aprendizaje de la asignatura de dermatología en el grado de medicina en España. Las respuestas se evaluaron según la escala Likert (1 poco importante, 5 muy importante). La encuesta fue remitida a los 57 miembros del grupo de profesores y docentes de la AEDV, obteniendo 19 respuestas (33%). 5 fueron de catedráticos, 11 de profesores titulares y 3 de profesores asociados, pertenecientes a 15 universidades españolas. En el cuestionario se incluyeron 148 objetivos de aprendizaje, agrupados en los siguientes apartados: conocimientos básicos, dermatosis urgentes y fallo cutáneo agudo,

dermatosis inflamatorias, infecciones cutáneas y enfermedades de transmisión sexual, medicina preventiva, problemas dermatológicos comunes, tumores, signos de enfermedades sistémicas, terapéutica y habilidades clínicas a adquirir en contacto con el paciente. Según las respuestas, los profesores consideraron que es importante o muy importante (≥ 4) que los estudiantes del grado de medicina conozcan la estructura y las funciones de la piel, las infecciones bacterianas, víricas y micóticas, las enfermedades de transmisión sexual, las 4 principales dermatosis inflamatorias (acné, dermatitis atópica, dermatitis de contacto -irritativa y alérgica- y psoriasis), problemas comunes como el prurito, la cara roja o la inflamación de las piernas y la alopecia en placas. Respecto a las dermatosis urgentes o causantes de insuficiencia cutánea aguda, la urticaria y el angioedema, las eritrodermias y la necrolisis epidérmica tóxica y, entre los signos cutáneos de enfermedad interna, la púrpura y el eritema nodoso. En cuanto a la medicina preventiva, la medidas frente a las enfermedades de transmisión sexual y cómo evitar el cáncer cutáneo. Entre los tumores cutáneos, se consideró importante la conducta a seguir frente a los nevus melanocíticos, el reconocimiento de los tumores cutáneos malignos y, en especial, diferenciar una lesión pigmentada cambiante. También se puntuó por encima de 4 que los estudiantes conozcan el manejo de los corticoides y los antifúngicos tópicos. Finalmente, se consideró que se deberían adquirir las habilidades de comunicación necesarias para realizar una entrevista y redactar una historia clínica dermatológica y una hoja de derivación. En total, 55 de los 148 objetivos propuestos fueron considerados importantes o muy importantes. La encuesta permitirá redactar un curriculum "nuclear" para el aprendizaje de la dermatología, con un total de 40 temas. Este temario es el mínimo recomendado por el grupo de profesores y docentes de la AEDV para ser impartido en las facultades de medicina.

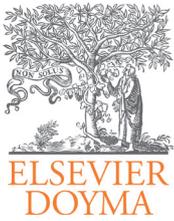
3. EXAMEN EUROPEO "BOARD" DE DERMATOLOGÍA. ESTADO DE LA CUESTIÓN

T. Estrach

Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. España.

El examen europeo del "Board de Dermatología", es una actividad de la sección de Dermato-venereología de la UEMS. La UEMS

(*European Union of Medical Specialists*) es una asociación sin ánimo de lucro creada en 1958, con sede en Bruselas, que agrupa a 34 países, 50 especialidades médicas y 41 secciones. Los objetivos principales de la UEMS son: Conseguir una sanidad óptima de elevada calidad para todos los ciudadanos de Europa. Mantener y mejorar el desarrollo con la máxima autonomía de los médicos especialistas. Armonizar, promover el acceso a la formación de la máxima calidad de los médicos especialistas. Promocionar la libre circulación de especialistas en toda Europa. Favorecer la participación y representación dentro de las organizaciones médicas de los países de Europa y/o las organizaciones médicas. Dentro de la UEMS, está la sección de Dermatovenereología, el European Board of Dermato-Venereology está constituido por dos representantes de cada uno de los países miembros. Para la Dermatología española formar parte de la sección de Dermato-Venereología de la UEMS supone participar en la mesa de discusión de las acciones dirigidas a las mejorar de la formación de nuestros especialistas así como en el diseño de las actividades de formación continuada. Formando parte de las actividades de la UEMS la sección de Dermato-Venereología impulsó y organizó la realización del examen board de Dermatovenereología, con el fin de evaluar la armonización de las competencias de los especialistas de los diferentes países. La primera edición tuvo lugar en el año 2007, y desde entonces se realiza anualmente durante dos días del mes de agosto en la J.W. Goethe University Hospital and Faculty of Medicine de Frankfurt. El examen consiste en una amplia batería de preguntas, tipo test i respuestas cortas, incluyendo imágenes y abarcando las diferentes áreas de la especialidad tanto médicas como quirúrgicas así como dermatopatología y venereología. A los alumnos que aprueban el examen se les otorga el título del *Board Europeo en Dermatología*, dicho título no tiene validez oficial en la actualidad, no es obligatorio y tiene el inconveniente que los programas de Dermatología en Europa no están homologados, pero se considera muy interesante fomentar la participación de los especialistas al finalizar la residencia para que puedan obtener una certificación de sus competencias a nivel europeo, hecho que en algunas especialidades como anestesiología o radiología entre otras ya se considera un mérito destacable dentro del curriculum.



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE TRICOLOGÍA

XV Reunión del Grupo Español de Tricología

Barcelona, 25 y 26 de octubre de 2013

Ponencias

1. ALOPECIA AREATA

F.M. Camacho y M.J. García-Hernández

Departamento de Dermatología. Hospital Virgen Macarena. Universidad de Sevilla. España.

I Parte. Novedades etiopatogénicas. Formas atípicas de AA
La alopecia areata (AA) es una forma frecuente de pérdida de pelo del cuero cabelludo y del cuerpo. En su etiopatogenia se descubren nuevos factores en cuanto a la predisposición genética (alteraciones en la fosfatasa de la protein-tirosina N22), autoinmunidad (papel de las células Th17) y factores medioambientales. Clínicamente, distinguimos ciertas variedades que las dividimos en: formas típicas (AA en placas únicas o múltiples), y formas atípicas (por su presentación, evolución y recrecimiento paradójico).

II Parte. Tratamientos de la AA basados en la evidencia

Bibliografía

Priego Recio CM, Rodríguez Pichardo A, Camacho FM. Unusual forms of alopecia areata in a Trichology Unit. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2013;30. Doi: 10.1111/jdv.12250.

Bhanusali DG, Sachdev A, Olson MA y cols: PTPN22 profile indicates a novel risk group in Alopecia areata. *Hum Immunol* 2013;17. Pii: S0198-8859 (13) 00524-7. Doi: 10.1016/j.humimm. 2013.09.003

Camacho FM. Alopecia areata. Tratamientos basados en la evidencia. En Camacho Martínez FM, García Hernández MJ, eds. Alopecia areata II. Madrid: Aula Médica Ed, 212:113-26.

Comunicaciones libres

Estudios

1. DISFUNCIÓN SEXUAL EN VARONES JÓVENES CON ALOPECIA ANDROGENÉTICA: IMPORTANCIA DE LA MORBILIDAD PSICOSOCIAL

A. Molina Leyva, A. Almodóvar Real, R. Naranjo Sintés, J.J. Jiménez Moleón y S. Serrano Ortega

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Dermatología. Universidad de Granada. España.

Introducción: La alopecia androgenética masculina (MAGA) puede ser causa de baja autoestima e incremento de auto-conciencia pública. Estas alteraciones psicológicas pueden implicar que los sujetos se sientan menos atractivos y deseables sexualmente. Sin embargo, existen escasos estudios en relación a disfunción sexual y morbilidad psicosocial en los sujetos con MAGA.

Objetivos: 1) Explorar la frecuencia de disfunción sexual en sujetos con MAGA. 2) Investigar su relación con el impacto psicosocial de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Realizamos un estudio de corte comparativo prospectivo. Ciento noventa varones entre 18 y 39 años de edad afectos de MAGA en distintos estadios evolutivos según la escala de Hamilton-Norwood completaron un cuestionario online que incluyó el "Massachusetts General Hospital Sex Function Questionnaire" y la versión específica para alopecia del "SKINDEX-29".

Resultados: La edad media de los sujetos fue de $26,3 \pm 5,4$ años, la prevalencia de disfunción en algún elemento de la respuesta sexual fue del 41,0%. La presencia de disfunción sexual fue 2,1 veces más frecuente, odds ratio ajustada 2,1 (1,1-4,0 P = 0,02), en sujetos con presencia de una alteración moderada-severa en la esfera funcional del "SKINDEX-29", que hace referencia a la esfera psicosocial, en comparación con los sujetos con afectación ausente o leve.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que puede existir una prevalencia incrementada de disfunción sexual en sujetos con MAGA menores de 40 años. La presencia de morbilidad psicosocial moderada-severa debida a la MAGA se asocia con un

incremento de disfunción sexual en este grupo de sujetos, situación que debe tenerse en cuenta para valorar con prudencia los efectos secundarios de los inhibidores de la 5 alfa reductasa.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 355 CASOS

S. Vaño Galván^a, C. Serrano Falcón^b, P. Fernández Crehuet^c, R. Grimalt^d y F. Camacho^e

^aHospital Ramón y Cajal. Madrid. España. ^bHospital de Guadix. Granada. ^cHospital Cruz Roja. Granada. España. ^dUniversitat de Barcelona. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. España. ^eHospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una forma de alopecia cicatricial linfocítica. Las series publicadas en la literatura describen un escaso número de pacientes e impiden obtener conclusiones significativas acerca de su etiopatogenia y tratamiento. El objetivo del estudio fue la descripción de las características clínico-epidemiológicas, diagnósticas y los tratamientos utilizados en una gran serie de pacientes con AFF.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo incluyendo pacientes diagnosticados de AFF. La graduación de la alopecia se basó en el retroceso de la línea de implantación fronto-temporal. La respuesta terapéutica se valoró como empeoramiento, estabilización o mejoría.

Resultados: El estudio incluyó 355 pacientes (343 mujeres -49 premenopáusicas- y 12 varones) con una edad media de 61 años (rango 23-86) y de menopausia de 49 años (rango 23-60). Se detectó menopausia precoz (?45 años) en 49 pacientes (14%), siendo de origen quirúrgico en 31 de ellas (9%). Cuarenta y seis mujeres (13%) habían sido hysterectomizadas (31 premenopáusicas y 15 postmenopáusicas). Tras análisis multivariante, los factores independientes asociados con una mayor extensión de la AFF fueron: alopecia de pestañas (OR: 3,87), presencia de pápulas faciales (OR: 2,96) y afectación del vello corporal (OR: 2,26). La presentación clínica inicial como pérdida de cejas se asoció a formas más leves de AFF (OR: 0,45). Los antiandrógenos finasterida y dutasterida fueron utilizados en 111 pacientes (31%), con mejoría en 52 (47%) y estabilización en 59 (53%). **Conclusiones:** La AFF habitualmente afecta a mujeres postmenopáusicas, aunque también puede afectar a mujeres premenopáusicas y varones. La llamativa alta frecuencia de menopausia precoz y la buena respuesta terapéutica a los antiandrógenos en nuestra serie sugieren un posible mecanismo hormonal, además del clásico mecanismo inflamatorio-autoinmune. La afectación de las pestañas, del vello corporal y la presencia de pápulas faciales se asociaron a formas más graves de AFF.

*Este estudio no ha recibido ningún tipo de subvención.

3. HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A.R. Rodríguez Barata^a, S. Vaño Galván^b, A. Molina Ruiz^c, S. Arias Santiago^d y F. Camacho Martínez^e

^aGrupo Dermatología Pedro Jaén. Madrid. ^bHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^cFundación Jiménez Díaz. Madrid. España. ^dHospital de Baza. Granada. España. ^eHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La tricoscopia constituye en la actualidad una herramienta básica, no invasiva, y muy útil en el diagnóstico y valoración de alopecias cicatriciales, permitiendo diferenciarlas de otras formas de alopecia.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional, analítico y multicéntrico, que incluyó un total de 365 pacientes con el diagnóstico de Alopecia Frontal Fibrosante entre 1994 y 2013. Se practicó dermatoscopia en 249 de ellos. Posteriormente evaluamos los hallazgos tricoscópicos y se intentó establecer una correlación con parámetros de severidad, evolución y otros datos clínicos.

Resultados: Hemos encontrado parámetros dermatoscópicos similares a estudios anteriores. Los hallazgos tricoscópicos junto con la presentación clínica característica permiten llegar de forma precoz al diagnóstico de la Alopecia Frontal Fibrosante, evitando la necesidad de realizar un estudio histológico.

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PAPULOSIS FACIAL Y ALOPECIA DE COLA DE CEJAS EN 86 PACIENTES CON ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

A. Márquez García y F. Camacho Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La AFF se considera una variante de liquen plano pilar (LPP), que está aumentado su prevalencia de forma creciente.

Objetivo: Evaluar de todas las pacientes diagnosticadas de AFF en nuestra Unidad de Tricología: porcentaje de pacientes pre y postmenopáusicas, grado de alopecia de cejas (parcial +, ++ o +++ /total), con afectación o no de cola de cejas, presencia o no de papulosis facial, y valorar si existe asociación entre menopausia, alopecia de cola de cejas y papulosis facial.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de un total de 86 pacientes diagnosticados de AFF en nuestra Unidad de Tricología. Evaluación de la historia clínica digital, iconografía de cada paciente y base de datos en hoja Excel.

Resultados preliminares: Edad media 59 años con un rango (34-79), 22/86 premenopáusicas, alopecia cejas parcial + 12/86, parcial ++ 23/86, parcial +++ 11/86, total +++ 33/86, no alopecia cejas 7/86, 78/86 casos de alopecia de cola de cejas, 27/86 papulosis facial, papulosis+alopecia de cola cejas 22/86, premenopáusicas+papulosis+ alopecia de cola cejas 6/86, postmenopáusicas + papulosis + alopecia de cola cejas 16/86.

Discusión: Donati A et al describieron las micropápulas foliculares faciales asociadas a AFF en el año 2011. Esta papulosis se atribuye al envejecimiento o a los cambios hormonales de la menopausia, pero su estudio histológico es compatible con LPP similar a la AFF del cuero cabelludo. Se trata de un proceso inflamatorio de los vellos. Recomiendan hacer biopsias de estas micropápulas cuando se sospeche AFF. En su serie, la relación entre cambios de piel de cara y menopausia fue más evidente en 4 años antes o después, es decir, en la perimenopausia.

Conclusiones: Tenemos 6 pacientes premenopáusicas con micropápulas, que consideramos como un signo precoz de AFF y que puede ayudar a su diagnóstico. Las 6 pacientes tenían alopecia total de cejas con afectación de cola.

5. GRADOS DE FOTOPROTECCIÓN SOLAR OFRECIDA POR PELO PROCEDENTE DEL CUERO CABELLUDO

J.L. Bernabó, M.V. de Gálvez Aranda, J. Aguilera Arjona, C. Sánchez Roldán y E. Herrera Ceballos

Laboratorio de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Servicio y Cátedra de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Universidad de Málaga. España.

Introducción: La fotoprotección integral es uno de los objetivos prioritarios en la prevención del daño cutáneo fotoinducido pres-tándosele especial interés a las herramientas exógenas (cremas

fotoprotectoras, ropa, gafas, etc) pero muy poca atención al grado de protección que ofrece el pelo, el cual sufre modificaciones en sus propiedades ópticas tanto en densidad, color y grosor debido a diferentes factores como el sexo, la edad, factores genéticos, enfermedades asociadas o tratamientos cosméticos, lo que afecta finalmente a su potencial fotoprotector. La evidencia clínica muestra grandes diferencias en el daño cutáneo fotoinducido que sufren las zonas poco o nada cubiertas de pelo (sobre las cuales asientan procesos premalignos y malignos relacionados con la exposición solar) respecto a la piel cubierta de pelo que se muestra prácticamente indemne.

Objetivos: Analizar la transmitancia espectral de pelo procedente de cuero cabelludo humano en función del color y densidad capilar. Calcular el factor de protección solar que ofrece el pelo procedente de cuero cabelludo en base al grado de atenuación del potencial eritemático.

Material y métodos: Se han utilizado cabellos naturales procedentes de voluntarios sanos sin recibir ningún tratamiento previo y clasificados por color (negro, rubio, cano). Se analizaron los factores de protección del pelo a partir de los valores de transmitancia espectral a la radiación UV ponderada por el espectro de acción eritemático a través de diferentes densidades capilares. Como fuente de iluminación se utilizó un simulador solar y la medida de transmitancia se realizó mediante un espectrorradiómetro.

Resultados: Se observó una disminución de la transmitancia espectral UV a medida que se aumenta la masa capilar estimada como número de pelos/cm³. Se observó que el pelo negro absorbe la radiación UV de forma similar en todo el espectro UV, mientras que en el cabello rubio y el cano se disminuye la absorción cuando se aumenta la longitud de onda en el espectro de UVA. Se caracterizó el factor de protección capilar (FPC) en función de la densidad capilar, con valores FPC <10 (fotoprotección baja) con densidades capilares por debajo de 300 pelos/cm³, FPC media con densidades por debajo de 600 pelos/cm³, FPC alta con densidades por debajo de 700 y muy alta por encima de 700 cabellos/cm³.

Conclusiones: 1) El pelo confiere capacidad fotoprotectora en todo el espectro de radiación UV. 2) El grado de fotoprotección del pelo depende de su densidad y disposición sobre el cuero cabelludo. 3) El aumento de la densidad capilar confiere un incremento exponencial del FPC.

6. FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

M. Martín González, A. Vila García, M.D. Ruíz López, J. Aguilera Arjona y E. Herrera Ceballos

Servicio y Cátedra de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Universidad de Málaga. España.

Introducción: La alopecia androgenética tiene una prevalencia de un 33% tanto para hombres como para mujeres en España. La base del tratamiento farmacológico es el minoxidil tópico y el finasteride oral. Nuestro objetivo es analizar, interpretar y actualizar la formulación magistral en la alopecia androgenética.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de carácter retrospectivo de la base de datos de consultas recibidas en el Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga (ICOFMA) en dos periodos julio 2008 a julio 2009 y desde julio 2010 a julio 2011, revisándose un total de 17.479 fórmulas magistrales y estudiándose en ambos periodos variables como: número de fórmulas diferentes, fechas de prescripción (día y año), comarcas de procedencia, porcentaje respecto al total/formulación por componentes y excipientes.

Resultados y discusión: La alopecia androgenética es la segunda indicación terapéutica en número de prescripciones para formula-

ción magistral en Málaga. Existe una gran estandarización en su prescripción y de los 45 componentes empleados en ambos periodos tan solo 19 reciben más de 10 consultas, destacando minoxidilo (59% primer periodo y 45% segundo periodo) y finasteride (pasando del 13% en el primer periodo al 21% en el segundo periodo). Los excipientes mayoritariamente utilizados fueron 6, destacando una alta inespecificidad en los excipientes hidroalcohólicos, la notable solicitud de especialidades OTC como vehículos y la total ausencia de las espumas capilares.

Conclusiones: De estos resultados se desprende el gran potencial de mejora que puede experimentar la formulación magistral para la alopecia androgenética donde la variedad en las combinaciones terapéuticas deja un amplio abanico de alternativas en la utilización tanto de activos, de cosmecéuticos y de excipientes, para lo cual se hace imprescindible el papel de la formación continuada y de los grupos de trabajo entre dermatólogos y farmacéuticos, para mantener actualizado permanentemente el arsenal terapéutico en este campo.

7. EL POLIMORFISMO DE LA REGIÓN TRANSMEMBRANA DE MICA EN LA ALOPECIA AREATA

M.E. García Lora, A. Moreno Casares, C. Mingorance Gámez, A. Martínez Chamorro y M.A. López Nevot

UGC de Dermatología; Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La alopecia areata se puede considerar como una enfermedad autoinmune donde las células NK CD56+ con expresión del receptor NKG2D infiltran los folículos pilosos afectados. El ligando del receptor NKG2D es MICA cuya expresión aumenta en los folículos pilosos de las placas de alopecia areata permitiendo el reconocimiento de las células NK que iniciarían el proceso inflamatorio, rompiendo las condiciones fisiológicas de lugar inmunoprivilegiado que tienen los folículos pilosos normales.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los polimorfismos del gen MICA a nivel de una región repetitiva de trinucleótidos (GCT) del exón 5 que codifica el fragmento transmembrana de la proteína y la susceptibilidad a padecer alopecia areata.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 59 pacientes y 631 controles sanos. El DNA se aisló de sangre periférica mediante el robot GenoVision 48 con el protocolo de Qiagen. El exón 5 se amplificó con cebadores específicos uno de ellos marcado con un fluorocromo (6-FAM). La electroforesis para la separación de los fragmentos se realizó en el secuenciador de DNA ABI Prism Genetic Analyzer 3130 XL de AB de 16 capilares y la asignación de los alelos con el programa GenMapper v.4.0 de AB. El análisis estadístico para comparar las frecuencias entre los casos y controles se realizó mediante el método de la Chi-cuadrado (Mantel-Haenszel) a partir de tablas de contingencia 2 x 2; la prueba exacta de Fisher se aplicó cuando alguno de los valores esperados fue inferior a 5.

Resultados: A nivel alélico la frecuencia del alelo A.9 de MICA fue inferior (7,6%) en los pacientes que en los controles (13,4%) aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, mientras que a nivel genotípico el heterocigoto A5.1/A.6 fue más frecuente en pacientes (30,5%) que en controles (p = 0,015) aunque al hacer la corrección de Bonferroni, la significación estadística se perdió (pc = 0,225).

Conclusiones: Los polimorfismos de MICA pueden jugar un papel en la inmunopatogenia de la alopecia areata aunque la limitación de este trabajo es el número de muestras de pacientes por lo que se requiere ampliar el número de casos para aumentar el poder estadístico y llegar a una conclusión definitiva.

8. MANIFESTACIONES OCULARES EN LA ALOPECIA AREATA

P. Giavedoni^a, F. Assis de Andrade^b, M. T. Sainz de la Maza^b y J. Ferrando^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oftalmología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. España.

Objetivos: Determinar las alteraciones oculares en los pacientes con alopecia areata.

Material y métodos: Durante tres meses (marzo a mayo 2013) en el Hospital Clínic de Barcelona, a 22 pacientes con alopecia areata severa se les practicó exploración oftalmológica para determinar si existían alteraciones oculares en los siguientes parámetros: agudeza visual (tabla de Snellen), tensión ocular (tonómetro de Goldman), segmento anterior (lámpara de hendidura) y segmento posterior (Optomap).

Resultados: De los 22 pacientes, 7 presentaban alopecia universal, 3 total, 10 multifocal, de estos últimos 3 con afectación menor del 50% y 7 mayor del 50%, y 2 unifocal. La proporción hombre/mujer fue de 1/2, edad media de 38 años y tiempo medio de evolución de la alopecia de 20 años. Como antecedentes personales en 7 de ellos destacó: asma bronquial, alergia a metales, depresión, endometriosis, menopausia precoz, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus tipo I. Un solo paciente presentó: hipotiroidismo, síndrome de Sjögren, síndrome antifosfolípido y vitíligo. Valoración oftalmológica: Se halló tonometría normal en 21/22, agudeza visual disminuida (< 1,0) en 6/22 pacientes. Las alteraciones del segmento anterior fueron relevantes en 15/22 pacientes: pérdida de pestañas parcial en 3/15 y total en 5/15; opacidades parciales de cristalino en 4/15; pérdida de cejas en 1/15 total y 1/15 parcial; alteración del iris en 1/15. Respecto al segmento posterior se halló rarefacción del epitelio pigmentario de la retina en 16/22. Relación entre las alteraciones oftalmológicas y otros hallazgos: El único paciente que tenía aumento de la tensión ocular presentaba una alopecia universal. De los 11 pacientes con pérdida de pestañas total y/o parcial: 3 presentaban alopecia unifocal, 2 alopecia multifocal > 50%, 2 alopecia total y 4 universal. De los 17 pacientes que presentaron rarefacción del epitelio pigmentario de la retina 3 tenían alopecia areata unifocal, 3 alopecia multifocal menor del 50%, 4 alopecia areata multifocal, 3 alopecia areata total y 3 alopecia areata universal. Los dos pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes presentaron una alopecia total, y en el examen oftalmológico uno tenía disminución de la agudeza visual en ambos ojos y aumento de la tensión ocular y ambos pérdida de pestañas y rarefacción del epitelio pigmentario de la retina.

Conclusiones: La rarefacción del epitelio pigmentario de la retina y la pérdida de pestañas se presentó de forma homogénea entre los pacientes con diferentes los patrones de afectación por alopecia areata. Los pacientes con otras enfermedades autoinmunes asociadas presentaron alopecia universal y múltiples alteraciones oculares. Hay una alta prevalencia de alteraciones oculares en pacientes con alopecia areata, siendo la más destacada la rarefacción del epitelio pigmentario de la retina. Dentro de las alteraciones del segmento anterior la más frecuente fue la pérdida de pestañas y opacidades parciales del cristalino. Nos parece interesante resaltar la importancia del seguimiento oftalmológico en pacientes con alopecia areata, dada la frecuente asociación con alteraciones oculares.

9. CAUSAS DE EFLUVIO TELÓGENO AGUDO COMO FACTOR PREDICTIVO DE ALOPECIA ANDROGENÉTICA FEMENINA: ANÁLISIS POR REGRESIÓN LOGÍSTICA EN 503 MUJERES

J. Bueno Montes, N. Pérez Mora y C. Velasco Aliaga

Clínica Microcirugía Capilar.

Introducción: El Efluvio Telógeno Agudo (EFTA) en mujeres se asocia frecuentemente a Alopecia Androgenética Femenina (AAF). No

existen estudios publicados sobre posibles factores clínicos que favorezcan la asociación de EFTA con AAF. Tampoco se ha evaluado previamente el impacto de diferentes terapias en la curación del EFTA, o en su progresión a Efluvio Telógeno Crónico (EFTC).

Objetivos: Identificar factores predictivos de asociación EFTA-AAF y evaluar retrospectivamente la correlación de diferentes terapias utilizadas con la progresión a EFTC.

Métodos: 503 mujeres con diagnóstico de EFTA y seguimiento médico mínimo de 1 año, fueron analizadas retrospectivamente mediante análisis estadístico univariable y análisis de regresión logística binaria.

Resultados: 70,2% de las 503 pacientes estudiadas presentaron remisión del EFTA en los 6 primeros meses de seguimiento. Los porcentajes de asociación EFTA-AAF fueron diferentes en función de la causa desencadenante del cuadro clínico ($P < 0,001$). Las causas desencadenantes de EFTA con mayores porcentajes de asociación EFTA-AAF fueron Dieta Severa (50%) Deficiencia de Hierro (52%) y Disfunción Tiroidea (58%). Las diferentes terapias orales utilizadas durante el cuadro de EFTA no muestran correlación alguna con la incidencia de curación. El uso tópico de Minoxidil se asocia a menor incidencia de EFTC ($P = 0,053$).

Conclusiones: Nuestro análisis de regresión logística demuestra que la causa desencadenante de EFTA es un factor predictivo independiente de asociación EFTA - AAF ($P < 0,001$) con un riesgo mayor para las 3 causas mencionadas: Dieta severa (10,6) Deficiencia de Hierro (10,6) y Disfunción Tiroidea (16,4) cuando se compara con el riesgo de asociación EFTA-AAF del Efluvio Telógeno Estacional como referencia. En consecuencia, las pacientes con EFTA pueden beneficiarse de un enfoque terapéutico específico, en función de la causa desencadenante.

10. FOTODEPILACIÓN DEL VELLO FINO Y CLARO CON UN NUEVO LÁSER DE ND-YAG, PULSADO, FRACCIONAL, NO ABLATIVO DE 250 MICROSEGUNDOS

J.L. Cisneros, R. del Río y A. Brichs

Barcelona. España.

Para la fotodepilación del vello fino claro, rubio y blanco, utilizamos un láser de Nd: Yag de 1064 nm pulsado, fraccional no ablativo y tiempos de 250 microsegundos (modo "acelera"). Los parámetros de tratamiento son: spot de 8 mm, altas energías de 20 a 80 J/cm². Los tiempos y número de sesiones son algo inferiores a la fotodepilación convencional, normalmente de 3 a 4 sesiones, cada 6 a 8 semanas. Su modo de acción se basa en su efecto fototérmico sobre las estructuras del vello y a su efecto de fotocoagulación sobre los plexos vasculares del bulbo folicular piloso, y arteriolas de la papila dérmica, es por este mecanismo que se puede eliminar también el vello blanco. El haz del pulso es homogéneo y gráficamente plano, lo cual minimiza el daño epidérmico. Es una técnica bien tolerada, sin complicaciones, aplicable en cualquier época del año y cualquier fototipo de piel, pues los tiempos de reposo térmico de cada tejido implicado son diferentes, aunque es laboriosa, delicada y minuciosa, sus resultados son altamente satisfactorios.

11. MANEJO DE LA UÑA ENCARNADA: ESTUDIO COMPARATIVO ALEATORIZADO DE 104 PACIENTES

A. Martorell Calatayud, P. Fernández Crehuet, M.L. García Melgares, L. Hueso Gabriel y A. Alfaro-Rubio

Hospital de Manises. Valencia. España.

Introducción: La uña encarnada es un problema dermatológico frecuente y a la vez infravalorado, que en un gran número de casos provoca episodios de dactilitis con sobreinfección añadida, acompañada de un intenso dolor. Existen numerosos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la denominada onicocriptosis, entre

los que se incluyen la fenolización, la electrocoagulación, y el uso de cánulas-guía para la reorganización arquitectural del lecho ungueal. La ausencia de estudios comparativos de resultados a corto y a largo plazo de las diferentes técnicas hace que todavía hoy existan dudas acerca de cuál es la mejor técnica para solucionar esta patología.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es comparar las 3 principales técnicas en el tratamiento de la onicocriptosis, en términos de eficacia a corto y a largo plazo, y de complicaciones. A su vez, de forma secundaria se analizarán los costes directos e indirectos que se asocian a este cuadro dermatológico.

Material y métodos: Se realiza un ensayo clínico prospectivo aleatorizado de pacientes con onicocriptosis, en el que se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados en el servicio de Dermatología del Hospital de Manises desde enero del 2011 a octubre del 2012.

Resultados y conclusiones: Un total de 104 pacientes fueron finalmente incluidos en el estudio. Desde el punto de vista epidemiológico, el 97% de los pacientes eran mujeres, con edades comprendidas entre los 13 y los 40 años. Clínicamente, la percepción subjetiva de la patología era considerada como "muy grave" en un 95% de los casos, justificándose por el dolor y por la sobreinfección. Hasta el 80% de los pacientes habían recurrido al servicio de Urgencias de sus hospitales, y un 60% habían requerido de una media de 2 días de baja laboral por este problema. La realización de la técnica de colocación de una guía-cánula se mostró como la técnica más rápida, barata, eficaz y segura en el tratamiento de la onicocriptosis primaria. El tratamiento mediante fenolización resultó ser la técnica más indicada para las formas recurrentes.

Pósters

1. ALOPECIA CICATRICIAL PRIMARIA: REVISIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE 72 CASOS

S. Villablanca, J.M. Mascaró y J. Ferrando

Hospital Clínic de Barcelona. España.

Introducción: Las alopecias cicatriciales primarias (ACP) constituyen un grupo de enfermedades en las cuales el folículo piloso es la principal diana del proceso inflamatorio. Se clasifican según el tipo de infiltrado inflamatorio (II) en linfocíticas (ACL), neutrofílicas (ACN), mixtas o inespecíficas.

Objetivo: Determinar las características demográficas, clínicas, histológicas y tratamientos de las ACP registradas entre los años 2006-2012.

Métodos: Se documentó la edad, sexo, etnia, patrón clínico, II, diagnóstico final (DF), tiempo de progresión, evolución y tratamientos.

Resultados: 72 pacientes, edad promedio de 51 años, 93% raza caucásica. Patrones clínicos: 20 folicular, 18 gran placa única, 13 múltiples placas, 7 marginal, 6 "pisadas en la nieve", 5 foliculitis decalvante, 3 acné queloidal. II: ACL (31 casos), ausencia/escaso de infiltrado inflamatorio (30 casos), ACN (8 casos) y otros (3 casos), siendo la proporción de ACN con ACL de 1:4. Tanto las ACL como ACN afectaron predominantemente a mujeres con edad media de 60 y 47 años, respectivamente. Tiempo de evolución previo al diagnóstico: 1,71 años. DF más frecuente fue liquen plano pilar (LPP) (31 casos), lupus eritematoso (13 casos), 20 pseudopelada-alopecias inespecíficas, 5 foliculitis decalvante y 3 acné queloidal. Los tratamientos utilizados en ACL fueron corticoides tópicos (CT) en combinación con minoxidil, corticoides sistémicos (CS) y antimaláricos. En las ACN se utilizó antibióticos (sistémico y tópico), isotretinoína, CS y CT.

Conclusiones: Las ACP son emergencias tricológicas. Para llegar a un diagnóstico preciso es necesaria una correcta correlación clínico-patológica. La gran variabilidad en la presentación clínica de las ACP hace que el diagnóstico y el tratamiento sea todo un desafío para el dermatólogo. Las ACL es el tipo histológico más frecuente siendo el trastorno más diagnosticado el LPP. Una actitud terapéutica agresiva es muchas veces necesaria para prevenir la progresión de la enfermedad. Los tratamientos disponibles dependerán en ocasiones del tipo de II siendo válidos tanto los tratamientos tópicos como sistémicos.

2. LLLT (LOW LEVEL LASER THERAPY) Y ALOPECIA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA

A. Guerra Tapia y E. González Guerra

Departamento de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

Introducción: Desde el artículo de Mester et al¹ en 1968, se suceden publicaciones que evidencian la eficacia de LLLT (Low Level Laser Therapy) para el tratamiento de la alopecia.

Objetivos: Verificar el número e interés de las publicaciones acerca de la LLLT para la alopecia en la historia.

Métodos: Estudio retrospectivo sistemático de las publicaciones aparecidas en las bases de datos PUBMED, MEDLINE, ISIWeb of Knowledge y Google Scholar. Se incorporan documentos de autorización de uso de la FDA, del Clinical trials (USA), y registro de pacientes. Se consideran los casos clínicos de crecimiento paradójico de pelo asociado al LLLT.

Resultados: 1) número: desde 1968 hasta abril de 2013 se han publicado 54 artículos relacionados con láser y crecimiento de pelo. 2) Método: el 33% son ensayos clínicos. Le siguen las de opinión o recomendación del experto (31,5%). Sólo 2 (4%) proponen mecanismo de acción de LLLT en alopecia. Las publicaciones estudian el efecto del LLL en tres tipos de alopecia: AGA (56,40%), AA (28%) y alopecia androgenética patrón femenino (13%). En 2013 se publica un ensayo en ratón con LLL en el tratamiento de alopecia inducida por quimioterapia (CIA). 3) niveles de evidencia: hasta 2003 se publican casos clínicos de crecimiento paradójico de pelo asociado al uso de láser de alta frecuencia depilatorio. Desde 2003 se publican 18 ensayos (33,3%) con LLLT en AGA y AA.

Conclusiones: 1) Hay una tendencia creciente en la realización de estudios y publicación de artículos acerca del LLLT para alopecia. 2) La calidad es cada vez de mayor evidencia científica. 3) Aumentan los dermatólogos especialistas en tricología que apoyan su validez como tratamiento, en terapia única, o tratamiento combinado.

Bibliografía

Mester E, Szende B, Gartner P. The effect of laser beams on the growth of hair in mice. *Radiobiol Radiother.* 1968;9:621-6.

3. MICROINJERTO DE CABELLO EN ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: RESULTADOS PRELIMINARES

A. Guerra Tapia y V. Salagaray Scarpa

Consulta Privada Dra. Guerra. Instituto Médico Estético Quintana. Consulta Privada Dr. Salagaray.

Introducción: En los 90 la técnica de trasplante de unidades foliculares (FUT) se convierte en el nuevo estándar de oro para el tratamiento de la Alopecia Androgenética (AGA). Desde entonces la técnica ha mejorado ampliándose la indicación a otros tipos de alopecia incluyendo la Alopecia Frontal Fibrosante (AFF).

Objetivos: Analizar los resultados de supervivencia de injertos, densidad capilar y satisfacción del paciente en mujeres diagnosticadas de AFF y sometidas a microinjerto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sistemático de 15 mujeres de entre 33 y 59 años diagnosticadas de AFF procedentes de

las consultas dermatológicas del Instituto Médico Dermatológico (IMD), Clínica Dra. Guerra y Clínica Salagary, y sometidas entre los años 2008-2013 a microinjerto de cabello en 3 fases con redensificación de la fase previa en cada intervención.

Resultados: 1) Se logró una supervivencia del 50% de los pelos injertados. 2) El 100% de las mujeres que utilizaban peluca dejaron de usarla. 3) Hasta este momento no se ha diagnosticado en ninguna paciente reactivación de la AFF en los pelos injertados.

Discusión y conclusiones: 1) El microinjeto es una técnica útil para el tratamiento de la AFF a sabiendas que los resultados son menores a los alcanzados en la AGA. 2) Es necesario realizar un seguimiento a largo plazo de las pacientes a fin de determinar la calidad y la permanencia del injerto en AFF.

Bibliografía

- Bernstein RM, et al. The Future in Hair Transplantation. *Journal of Aesthetic Dermatology & Cosmetic Dermatologic Surgery*. 1999;1:55-89.
- Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Archives of dermatology*. 1994;130:770-4.
- Rallis E. et al. Frontal fibrosing alopecia: to treat or not to treat? *Journal of cutaneous medicine and surgery*; 2009;14:161-6.

Comunicaciones libres

Casos clínicos

1. MONILETRIX. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS FAMILIARES Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Vila Sava, M.J. García Hernández y F.M. Camacho

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El moniletrix es una displasia pilosa infrecuente producida por mutaciones genéticas en las queratinas de los folículos. Se hereda de forma autosómica dominante con expresividad variable, aunque se han descrito formas autosómicas recesivas causadas por mutaciones en los genes de la desmogleína-4 (DSG4). Se caracteriza por la presencia de múltiples constricciones del tallo piloso que alternan con nódulos elípticos en intervalos constantes, dando el típico aspecto arrosariado o en “collar de perlas” que define la enfermedad. Clínicamente se manifiesta como alopecia difusa e hiperqueratosis folicular especialmente occipital (forma menor) si bien puede afectar la totalidad del cuero cabelludo (formas mayor) e incluso asociarse a otras alteraciones sistémicas constituyendo el síndrome del cabello moniliforme.

Caso clínico: Niña de 4 meses con alopecia difusa frontotemporal y occipital con hiperqueratosis folicular. A la dermatoscopia y en el tricograma objetivamos cabellos moliniformes. Su padre y tía paterna se encontraban afectados. Al año de consultar trajeron a un primo hermano también afectado. Optamos por una aptitud conservadora en el caso de la niña objetivándose mejoría considerable a los 30 meses. Su tía y padre rehusaron realizar tratamiento.

Conclusiones: En los últimos años se han publicado nuevas mutaciones genéticas responsables de moniletrix. Si bien el diagnóstico se basa en la clínica y el examen microscópico del pelo, el análisis molecular contribuye a esclarecer los mecanismos patogénicos de la enfermedad así como al diagnóstico diferencial de otras entidades. No existe un tratamiento único eficaz aunque se han utilizado griseofulvina, retinoides, minoxidil, suplementos de lisina y cinc o

la abstención terapéutica ya que la mayoría de los casos mejoran con el desarrollo.

2. PELO CURVO (CICLE HAIR) EN PACIENTE CON HIDRADENITIS SUPURATIVA. CURIOSIDAD DIAGNÓSTICA

A. Márquez García y F. Camacho Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El pelo curvo fue descrito por Adatto en 1963, y en un gran porcentaje suele pasar desapercibido por el dermatólogo. **Caso clínico.** Paciente de 35 años, con antecedentes personales de hidradenitis supurativa en tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos. Consultó por una lesión en la base del pene asintomática, de unos meses de evolución. A la exploración se objetivó un surco blanquecino, de bordes ligeramente sobreelevados, en cuyo interior se objetivaba un elemento móvil y discretamente pigmentado. Mediante la exploración instrumental con pinzas se logra extraer un pelo curvado de larga longitud.

Discusión: El pelo curvo suele ser asintomático, perfectamente circular (anillo) que suele introducirse por debajo del estrato córneo, sin ningún signo de anomalía folicular o componente inflamatorio. Se diagnostican mediante inspección, visualizándose el pelo enrollado debajo de un estrato córneo translúcido. Es fácil de extraer mediante raspado superficial con una hoja de bisturí o con pinzas. Suelen ser más cortos y tener menor diámetro que los pelos normales adyacentes y localizarse en la espalda, tórax, abdomen, hombros y muslos. Tiende a aparecer en hombres con sobrepeso, entre 55 y 74 años y con hipertriosis. Es importante el diagnóstico diferencial con el pelo enrollado.

Conclusiones: Caso excepcional de pelo curvo, que se introduce bajo la capa córnea. Hay que pensar en ello, ya que con frecuencia pasa desapercibido para el dermatólogo y puede llevar a otros diagnósticos.

3. SÍNDROME H: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. López Ibáñez y F.M. Camacho Martínez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Varón de 19 años, de baja estatura, tratado con hormona del crecimiento desde los tres años de edad. Consultó por múltiples placas hiperpigmentadas, hipertriosas y esclerosadas de gran tamaño, distribuidas fundamentalmente por el hemicuerpo izquierdo, especialmente a nivel de miembro inferior, abdomen y espalda. Se procedió a extirpar dos nevos pigmentocelulares de clínica atípica, situados en la espalda, cuyo estudio histopatológico fue compatible con nevus melanocítico compuesto con hiperplasia lentiginosa, atipia leve y fibrosis dérmica focal. En la analítica se detectó elevación de transaminasas, del colesterol total, de los hematíes y de la androstendiona, estando la testosterona por debajo de los parámetros de normalidad. Dada la elevación de las transaminasas, se realizó serología para virus hepatotropos, siendo ésta negativa. Para establecer el diagnóstico de síndrome H, se ha solicitado análisis genético del paciente, con el fin de detectar la mutación en el gen SCL29A3, que codifica el transportador equilibrador de nucleósidos humanos 3 (heNT3), localizado en los lisosomas y en las mitocondrias. Se trata de una genodermatosis autosómica recesiva de la que se han descrito 97 casos, 52 en hombres y 45 en mujeres, pertenecientes a 59 familias, de las cuales, 40 son árabes. Hoy día, las últimas investigaciones apuntan a que se trata de un tipo de histiocitosis X, siendo la inmunohistoquímica positiva para el marcador CD68 y S-100. El espectro clínico es muy variable, siendo los tres criterios clave la hipertriosis, hiperpigmentación y hepatoesplenomegalia. Asimismo, puede aparecer arco senil el 13% de los pacientes, alteraciones gastrointestinales en el 12%, telangiectasias

faciales, linfadenopatía generalizada, pérdida de cabello, anomalías cardíacas, hipogonadismo, baja estatura, hiperglucemia/diabetes mellitus y hallux valgus/contracturas en flexión, entre otras anomalías.

4. FAGA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS TRATADAS CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

S. Serrano Ortega y C. Serrano Falcón

Granada. España.

Caso clínico: Mujer de 59 años de edad operada hace tres años de Cáncer de mama (Ca. Lobulillar) en cuadrante supero externo de la mama izquierda, con receptores estrogénicos positivos y ganglio centinela positivo sin ningún otro ganglio invadido entre los 18 obtenidos en la disección axilar. Tratamiento postoperatorio con 5 ciclos de quimioterapia. Que se acompaña de alopecia difusa que se palió con prótesis. Nos dice que unos tres meses después de finalizar la quimioterapia le creció el pelo más fuerte que lo tenía antes. Continúa tratamiento con Arimidex® (Anastrozol) a la dosis de un comprimido y 1 mg diario, tratamiento que mantiene actualmente. En la consulta nos indica que alrededor del año de tratamiento nota cambios en su cabello que se hace más fino, sobre todo en el vértex y región frontal, disminuye la densidad, especialmente en región frontal y coronilla y aumenta la caída, con predominio de cabellos cortos. En la exploración clínica apreciamos una disminución de la densidad del cabello en región frontoparietal que adopta el patrón masculino de la alopecia androgenética (FAGA-M) y en el tricograma diferencias entre los diámetros de los tallos y disminución de la densidad y variabilidad entre tallos con la dermoscopia. Aunque la alopecia se describe como un efecto secundario habitual en el tratamiento oncológico no se ha prestado atención a la AGA inducida y/o agravada por el tratamiento con inhibidores de la aromatasa que aumenta la concentración de testosterona en estas mujeres. Discutimos el mecanismo fisiopatológico y proponemos un estudio multicéntrico amplio entre los miembros del grupo de tricología de la AEDV.

5. ¿POR QUÉ SE PRODUCE LA HIPERTRICOSIS POR MINOXIDIL?

A. Guerra Tapia, V. Gargallo y F. Vanaclocha

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: El minoxidil tópico en solución al 5% se usa de manera extendida en nuestra práctica clínica como parte del tratamiento de la alopecia androgenética femenina, con el fin de estimular el crecimiento del pelo y detener su caída. En la literatura se ha descrito un 4% de riesgo de desarrollo de hipertricosis en relación con su uso, como efecto secundario del mismo. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos el cuadro se resuelve en unos meses, en otros puede persistir. Este efecto puede ser muy invalidante para la mujer e incluso deteriorar la relación médico paciente.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de raza negra que tras mes y medio de uso de minoxidil al 5%, en formulación magistral asociado a clobetasol y progesterona tópicos, presentó un cuadro de hipertricosis intensa con desarrollo de vello terminal en cara (frente y zona de la barba), escote, ingles, brazos, región sacra y periumbilical.

Discusión: Aunque se desconoce la causa última de la aparición de hipertricosis por minoxidil, algunos factores tales como el grado de hirsutismo previo de la paciente, la asociación con otros fármacos o la forma de uso, pueden ser factores relacionados con la aparición de la misma. Por último, la idiosincrasia puede ser la única explicación.

Conclusiones: Una anamnesis meticulosa, abundando en los estudios hormonales favorecedores del hirsutismo, así como unas escri-

pulosas instrucciones de uso, pueden llevar a una mejor selección de los pacientes y evitar la aparición de vello terminal en mujeres susceptibles, ajustando la dosis de minoxidil desde el inicio del tratamiento.

6. TRATAMIENTO MÉDICO AVANZADO CON CÉLULAS PROGENITORAS DE CABELLO EN UNA ALOPECIA POR RADIOTERAPIA

A. Gorrochategui Barrueta, M. Llama García, E. Gandoy Arrese y C. Díaz Asensio

Clínica Dermatológica Ercilla. Bilbao. España.

Introducción: La alopecia inducida por radiación es una secuela muy frecuente de la radioterapia en tumores cerebrales. Hasta el momento no hay ninguna opción terapéutica para la recuperación del cabello, excepto el trasplante capilar, siempre que se mantenga cabello en la zona donante. Los folículos pilosos son radiosensibles, sobre todo cuando se encuentran en fase anágena, además durante el tratamiento también se pueden perder glándulas sebáceas y sudoríparas. La alopecia dependiendo la dosis de irradiación puede pasar de temporal a irreversible.

Caso clínico: Paciente de 31 años; a los 11 años se le diagnosticó un astrocitoma en el área occipital izquierda, sufre alopecia por radioterapia desde el tratamiento. A los 18 años se le realizó una cirugía reconstructiva del área con skin-spander y durante 4 años fue tratada con azatioprina (immurel) por una colitis ulcerosa. Para el tratamiento de la alopecia la paciente se ha sometido a múltiples tratamientos (cosméticos y dermatológicos), tratamientos antiandrogénicos, sustancias vasodilatadores periféricos, minoxidil y durante dos años factores de crecimiento sin éxito. En mayo de 2013 la paciente se ha sometido a un tratamiento con células progenitoras de cabello (consentimiento informado). Las células se obtuvieron mediante una guía de fabricación, en el laboratorio Derbiotek, sala blanca situada en las instalaciones de Clínica Dermatológica Ercilla, por personal cualificado. Tras el tratamiento se aprecia un incipiente crecimiento de cabello, no terminal en toda la zona afectada.

Conclusiones: Las técnicas de repoblación de cabello basadas en el autotrasplante de células progenitoras de cabello serán las técnicas más demandadas por los pacientes en los próximos años, tanto para pacientes sometidos a tratamientos de radioterapia como para tratar todo tipo de alopecias.

7. ALOPECIA CICATRICIAL DEL CUERO CABELLUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DERMATOMIOSITIS

G. Garnacho Saucedo, A. Rodríguez Martín, R. Salido Vallejo, A. Vélez García Nieto y J.C. Moreno Giménez

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

Introducción: La dermatomiositis puede afectar al cuero cabelludo en forma de dermatitis eritematodescamativa muy pruriginosa de mala respuesta a los tratamientos habituales, acompañada en ocasiones de alopecia difusa no cicatricial reversible. La presentación de la dermatomiositis como una alopecia cicatricial es un hecho excepcional y escasamente recogido en la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 49 años con diagnóstico de dermatomiositis clásica desde hacía más de 6 años. Había realizado tratamiento con prednisona, hidroxiquina, ciclosporina, metotrexato, inmunoglobulinas intravenosas y etanercept pero desde hacía 7 meses se encontraba sin tratamiento sistémico. En el segundo año de su enfermedad presentó una dermatitis eritematodescamativa en cuero cabelludo intensamente pruriginosa acompañada de episodios de efluvio telógeno. Tras 7 meses de inactividad de la dermatomiositis refiere la aparición de placa eritematodescamativa en zona occipital de cuero cabelludo progresiva, muy pruri-

ginosa y de características clínicas, tricoscópicas e histológicas de alopecia cicatricial.

Conclusiones: Desde 1994 la afectación del cuero cabelludo se considera una manifestación habitual en la dermatomiositis que puede estar presente hasta en el 82% de los pacientes. Sin embargo su forma de presentación más frecuente es como una alopecia no cicatricial difusa pruriginosa y descamativa que imita a una dermatitis seborreica siendo excepcional la forma cicatricial. En la literatura no existen un gran número de publicaciones sobre la afectación del cuero cabelludo en la dermatomiositis y cabe destacar los 2 estudios más importantes con un número de 17 y 24 pacientes respectivamente. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con dermatomiositis atendidos en nuestro servicio desde el año 2000 hasta el momento actual analizando como variables: la presencia o no de afectación de cuero cabelludo, la presencia de alopecia, el tipo de alopecia, edad y sexo de los pacientes, tipo de dermatomiositis y respuesta al tratamiento.

Bibliografía

- Kasteler JS, Callen JP. Scalp involvement in dermatomyositis: often overlooked or misdiagnosed. *JAMA*. 1994;272:1939-41.
- Tilstra JS, Prevost N, Khera P, English JC 3rd. Scalp dermatomyositis revisited. *Arch Dermatol*. 2009;145:1062-3.
- Lorizzo LJ III, Jorizzo JL. The treatment and prognosis of dermatomyositis: an updated review. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:99-112.

Casos para el diagnóstico

1. ALOPECIA OCCIPITAL CUADRADA

S. Podlipnik, P. Giavedoni y J. Ferrando Barberá

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Introducción: Una alopecia cuadrada es un desafío diagnóstico, debido a que es un motivo de consulta muy infrecuente en dermatología. Presentamos el caso de un paciente con alopecia cuadrada que debido a sus antecedentes podría explicarse por diferentes etiologías.

Caso clínico: Paciente de 38 años, sin antecedentes de interés que consulta en febrero de 2013 por náuseas y diplopía de instauración brusca. Es evaluada por neurología, quienes solicitan un AngioTAC que confirmó un hematoma mesencefálico dorsal izquierdo con hemorragia ventricular y signos de hidrocefalia incipiente. En la arte-

riografía intracraneal se pudo apreciar la presencia de una malformación arteriovenosa, por lo que se realizó arteriografía cerebral y embolización de la misma. En el control angiográfico de julio de 2013 se identificaron restos de la malformación arteriovenosa que se cateterizaron supraselectivamente y se embolizaron con Glubran, con excelente resultado angiográfico. Un mes más tarde de realizado el procedimiento, consulta el paciente a Dermatología por una placa de alopecia cuadrada en la región occipital sin signos de inflamación.

Diagnósticos posibles: 1. Alopecia por presión; 2. Alopecia areata; 3. Alopecia secundaria a radiodermatitis; 4. Alopecia por fármacos; 5. Alopecia asociada a malformación arterio-venosa.

Conclusiones: ¿Cuál es su diagnóstico?

2. NIÑO DE 3 AÑOS CON HIPERTRICOSIS GENERALIZADA

P. Fernández Crehuet Serrano^a, A. Martorell Calatayud^b, J.L. Fernández Crehuet Serrano^a, P. Calleja Cabeza^a y F. Camacho Martínez^c

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén. España.* ^b*Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España.* ^c*Servicio de Pediatría. Departamento de Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgicas. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén. España.*

Introducción: Definimos como hipertricosis el crecimiento de pelo en cantidad y grosor excesivo en cualquier lugar del tegumento, sin influencia androgénica. Hay múltiples clasificaciones según sean congénitas o adquiridas, generalizadas o localizadas, asociación a otras anomalías e incluso presencia de defectos subyacentes.

Caso clínico: Paciente de 3 años, nacido a término por cesárea con peso adecuado a su edad gestacional, que fue remitido al Servicio de Dermatología por la presencia de pelos en localizaciones no habituales. Entre sus antecedentes personales destacamos una neumonía parahiliar derecha a los 2 años, cefaleas ocasionales y pie plano fisiológico. A la exploración apreciamos aumento de pilosidad que predominaba en hemicuerpo izquierdo afectando incluso al cuero cabelludo aunque era más evidente en la extremidad superior e inferior. También se apreciaron otros mechones ectópicos en zona lumbar y dorsal. Se completó el estudio clínico con pruebas complementarias.

Conclusiones: El diagnóstico de las hipertricosis congénitas es eminentemente clínico. Siempre debe realizarse una exhaustiva exploración física, con las pruebas complementarias apropiadas, para descartar otras asociaciones. El tratamiento se basa en medidas conservadoras como la decoloración o la depilación ya que en la mayoría de casos desaparece antes de la pubertad.

Declaramos no haber recibido subvención alguna para este trabajo.