



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



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

XXV Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea

Granada, 30 de noviembre-1 de diciembre de 2012

Ponencias

1. RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO PARA CBC Y CEC

J.R. Garcés Gatnau

Servicio de Dermatología. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

El seguimiento de rutina para los carcinomas cutáneos es mandatorio no solo para descartar una posible persistencia tumoral, sino para detectar una nueva neoplasia (los carcinomas diagnosticados de manera precoz tienen más facilidad de curación) y muy particularmente para hacer pedagogía con el paciente instruyéndolo en la correcta autoexploración. La visita clínica debe incluir la evaluación del área tratada, del resto del tegumento cutáneo con especial interés a las zonas susceptibles y un examen (palpación, estudios de imagen, punción aspiración...) para descartar afectación locorregional/metástasis cuando sea necesario, como en los casos de CEC invasivo de alto riesgo. No existe consenso en los intervalos y el tiempo total de seguimiento para los carcinomas cutáneos. Las recomendaciones varían en función de la biología tumoral y las condiciones del paciente. En general los controles deberán realizarse a lo largo de unos 5 años con frecuencia de tipo bianual. Los CBC persistentes a otras terapias previas o los que han precisado más de tres etapas de cirugía de Mohs para su erradicación precisan de alargar su seguimiento hasta los 7 años post tratamiento. Los CEC mayores de 2 cm de tamaño, pobremente diferenciados, nivel IV Clark o superior y localizados en pabellón auricular, mucosa labial, párpados, pene o vulva requieren un intervalo de vigilancia no superior a los tres meses, al menos durante los dos primeros años. Como si de un sistema experto se tratara, la aparición de una nueva neoplasia o la constatación de una persistencia tumoral alterarían la cadencia de controles reiniciando el proceso en su principio. Los pacientes trasplantados o con algún grado de inmunosupresión así como los

que presentan carcinomatosis múltiple de cualquier origen, necesitan de controles más estrechos y por supuesto de manera indefinida ya que en su caso la detección de una nueva neoplasia se convierte en la prioridad del seguimiento.

2. TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA EN PACIENTE AFECTO DE LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T TIPO MICOSIS FUNGOIDE EN ESTADIO AVANZADO

A. Flórez Menéndez

Servicio de Dermatología. Hospital Provincial. CHOP. Pontevedra. España.

Paciente varón valorado por primera vez en el año 2010 a la edad de 35 años presentando una dermatosis pruriginosa consistente en placas eritematodescamativas que afectaban al 40% de la superficie corporal y tres lesiones tumorales localizadas en regiones anatómicas distantes. Se realizan los estudios pertinentes, tanto analíticos como radiológicos y anatomopatológicos, llegando al diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (LCCT), tipo micosis fungoide, estadio IIB (T3-N1-M0-BO). El paciente es tratado con fotoquimioterapia tipo baño-PUVA e interferón alfa 2b observándose la resolución de todas las lesiones, salvo necrosis parcial de un tumor localizado en la ingle derecha. Paralelamente se desarrolla un nuevo tumor en el surco nasogeniano izquierdo el cual se biopsia con diagnóstico de LCCT con transformación a células grandes. Tras nuevo estadiaje del paciente, y no existiendo diseminaciones extracutáneas, se inicia tratamiento radioterápico en lesiones tumorales combinado con gemcitabina en monoterapia. El tratamiento radioterápico es eficaz, pero coincidiendo con el tercer ciclo de gemcitabina el paciente desarrolla nuevas lesiones en placas en el cuero cabelludo, confirmadas histológicamente como LCCT. Por tanto, ante la progresión del cuadro clínico en el contexto de tratamiento activo con gemcitabina en un paciente varón que presentaba tumores de distribución generalizada al diagnóstico y transformación a células grandes, nos planteamos un cambio en la actitud terapéutica ofreciéndole la posibilidad de realizar un trasplante alogénico de médula ósea

(alo-TMO). Se procede al tipaje de sus dos hermanas, las cuales resultan ser no compatibles, y el paciente pasa a la espera de encontrar un donante histocompatible. Con la intención de mantener al paciente en las mejores condiciones de cara a dicho procedimiento se decide en ese momento administrar bexaroteno tópico en lesiones activas y alentuzumab en monoterapia. Nuevamente aparecen lesiones cutáneas dispersas confirmadas histológicamente como recidiva de LCCT y se realiza nuevo estadiaje detectándose mediante PET-TAC focos adenopáticos de hipermetabolismo patológico retroperitoneales lumbares e ilíacos izquierdos en muy probable relación con recidiva tumoral. Ante esta evolución clínica desfavorable se administran tres ciclos de tratamiento quimioterápico según el esquema CHOEP, con vistas a conseguir un buen control de la enfermedad previo al alo-TMO. Finalmente, tras un acondicionamiento mieloablatoivo mediante irradiación corporal total, ciclofosfamida, etopósido y timoglobulina, se realiza infusión de progenitores hematopoyéticos obtenidos de cordón umbilical de donante no emparentado. Cuatro semanas tras la realización del procedimiento el paciente ha presentado como única complicación relevante una aspergilosis angioinvasiva pulmonar que evolucionó favorablemente con voriconazol y anfotericina B. Los pacientes afectados de LCCT en estadio avanzado, =>IIB (ISCL-EORTC), presentan un pronóstico vital muy desfavorable. Si bien el tratamiento óptimo para esta situación clínica está por definir, ninguno de los tratamientos convencionales utilizados ha demostrado alcanzar un control a medio-largo plazo de la enfermedad, sin estar exentos de toxicidad importante. En este contexto surge el alo-TMO como un tratamiento prometedor con intención curativa. Se trata de un procedimiento mediante el cual un paciente recibe células madre sanguíneas provenientes de un donante genéticamente similar, pero no idéntico. En efecto, a lo largo de los últimos años se han comunicado resultados retrospectivos consistentes que apoyan su uso. El alo-TMO, tanto después de un acondicionamiento mieloablatoivo como después de un acondicionamiento reducido a no mieloablatoivo, ha demostrado mejorar la supervivencia global y la supervivencia libre de eventos y disminuir el índice de recaídas, cuando se compara con los datos publicados para los tratamientos convencionales. El alo-TMO ofrece las ventajas de ser un injerto libre de células tumorales y de proporcionar las bases para el desarrollo de una inmunoterapia adoptiva mediante el denominado efecto injerto contra tumor (EICT), mediado fundamentalmente por linfocitos T y células NK del donante. Desafortunadamente el EICT es poco específico al existir dianas en tejidos no tumorales que ocasionan una de las mayores complicaciones del alo-TMO, el efecto injerto contra huésped o enfermedad injerto contra huésped (EICH). La EICH es un determinante muy importante de morbimortalidad tanto a corto como a largo plazo en los pacientes trasplantados, no solo de forma primaria, sino también de forma secundaria al necesitar inmunosupresores para su control. A modo de conclusión es importante subrayar que hasta la fecha no disponemos de ensayos clínicos aleatorizados y prospectivos que nos permitan responder con certeza a dos preguntas clave: ¿es el alo-TMO superior a la terapia convencional para el tratamiento del LCCT avanzado? y ¿cuáles deben ser los pacientes candidatos a este procedimiento?

Bibliografía

- Schlaak M, Pickenhain J, Theurich S, Skoetz N, von Bergwelt-Baildon M, Kurschat P. Allogeneic stem cell transplantation versus conventional therapy for advanced primary cutaneous T-cell lymphoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1:CD008908. Review. PMID: 22258991
- Talpur R, Singh L, Daulat S, Liu P, Seyfer S, Trynosky T, Wei W, Duvic M. Long-term outcomes of 1,263 patients with mycosis fungoides and Sezary Syndrome from 1982 to 2009. *Clin Cancer Res.* 2012;18:5051-60. PMID: 22850569

3. LESIONES ECZEMATOSAS COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE MELANOMA

P. Sánchez Pedreño Guillén, T. Martínez Menchón, B. Ferri Níguez, E. Martínez Barba, F. Nicolás Ruiz, R. Corbalán Vélez, J. Martínez Escribano, A. Clemente Ruiz de Almirón y J. Frías Iniesta

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venearología. Murcia. España.

Mujer intervenida de melanoma de extensión superficial, Clark II y Breslow 0,4 mm, localizado en espalda en 2001. Biopsia selectiva de ganglio centinela negativa. No signos de recidiva local ni a distancia hasta nueve años después. En Junio de 2010, placas eritematodescamativas en la cicatriz de la intervención previa. El estudio histológico demostró recidiva de melanoma. La exéresis amplia con margen de 2 cm fue de melanoma de extensión superficial, Clark II, Breslow 0,26 mms. Se discute la inusual presentación clínica de la lesión así como si se trata de una metástasis epidermotropa de melanoma, persistencia del melanoma previamente extirpado o un segundo melanoma primario.

Bibliografía

- Borkovic SP, Schwartz AS. Amelanotic lentigo maligna melanoma manifesting as a dermatitislike plaque. *Arch Dermatol* 1983;119:423-5.
- Lestre S, João A, Ponte P y cols. Intraepidermal epidermotropic metastatic melanoma: A clinical and histopathological mimic of melanoma in situ occurring in multiplicity. *J Cutan Pathol.* 2011;38:514-20.
- Gerami P, Shea C, Stone MS. Angiotropism in epidermotropic metastatic melanoma. Another clue to the diagnosis. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:429-33.

4. VARÍCULAS DE LAS PIERNAS. ¿LÁSER, ESCLEROTERAPIA O AMBAS?

F.J. Vázquez Doval

Dermatoclinic. La Rioja. España.

La Academia Americana de Dermatología define la escleroterapia como la inyección de una solución acuosa en el interior de venas anormalmente dilatadas o cosméticamente inaceptables. El material inyectado está formado por sustancias que irritan y dañan el endotelio vascular de la vena tratada causando trombosis, fibrosis, estenosis y finalmente la reabsorción del vaso por los tejidos adyacentes. Las venas objeto de escleroterapia son las venas varicosas y las varículas o microvarices.

Evaluación del paciente: Antes de proceder a la escleroterapia de las varículas se debe efectuar una detallada historia clínica del paciente. Debemos hacer: 1. Historia vascular del paciente. 2. Tipos de molestias detectadas por la paciente. 3. Tratamientos previos. 4. Medicaciones de uso habitual por el paciente. Se consideran contraindicaciones absolutas para la escleroterapia el embarazo, colagenosis, osteoartritis, tromboflebitis venosa profunda aguda, enfermedades febriles agudas y tratamientos anticoagulantes. Las contraindicaciones relativas incluyen: tromboflebitis superficial aguda, fobia a las agujas o quirófanos, estados de hipercoagulabilidad, obesidad y personas ancianas debilitadas.

Pruebas diagnósticas: La pletismografía y la ecografía Doppler pulsada (duplex). Esta última es quizás la más sofisticada de todas, ya que permite localizar el área y cuantificar el reflujo venoso. Sin embargo, con un simple Doppler portátil (de bolsillo) se puede averiguar si una araña vascular tiene o no reflujo, por la existencia de un murmullo pulsátil, que es señal inequívoca de la presencia de una comunicación con el sistema profundo a través de una comunicante incompetente.

Complicaciones de la escleroterapia: Pigmentación; edema pedal; tromboflebitis superficial; tromboflebitis profunda; eritema y urti-

caria transitoria; hematoma; dolor; necrosis; mancha telangiectásica.

Técnica de la escleroterapia: Descripción de la técnica:

1. Material necesario

- Mesa flebológica
- Mesa auxiliar para colocar el material sobre una sabanilla estéril
- Aguja (Microlance®) de 30 G1/2" 0,3 x 13
- Jeringas de 2 ml
- Discos de algodón para desinfección cutánea
- Alcohol para desinfectar la piel
- Lámina autoadhesiva de tejido sin tejer (Hipafix® de Smith&Nephew)
- Ampollas de esclerosante elegido (Etoxisclerol 0,5%, 2%, 3%)
- Venda elástica (Vendagón® 10 x 10)
- Rollos dentales de algodón (Dentasorb®)
- Lupa con foco de luz incorporado
- Guantes quirúrgicos estériles
- Cámara de fotos

2. Material para control de posibles reacciones alérgicas o síncope vasovagales

- Corticoides (6-metilprednisolona, 40 mg, amp.)
- Antihistamínicos (dexclorfeniramina, 5 mg, amp.)
- Atropina 1% amp.

3. Metodología

El tratamiento debe iniciarse proximalmente y proseguir en sentido distal, tratando en primer lugar las venas de mayor calibre. Conviene tratar completamente un vaso antes de continuar con otro. Es conveniente que la vena esté vacía antes de puncionarla. Esto puede conseguirse elevando ligeramente el pie (5-30°) y realizando un masaje manual de la extremidad para vaciar los vasos sanguíneos que van a ser esclerosados. La mayor ventaja de la técnica de esclerosis en "vena varía" consiste en que mínimas concentraciones de esclerosante causan el máximo de daño parietal ya que no hay hemodilución. Además también se requiere un menor volumen del esclerosante para tratar un determinado tramo vascular y consecuentemente con un mismo volumen se podría tratar un mayor número o longitud de vasos. El ángulo de punción debe ser el menor posible y el bisel de la aguja debe estar dirigido hacia arriba. Es suficiente con que penetre ligeramente en el vaso para evitar dañarlo. Para una precisa canalización del vaso es necesario ejercer una adecuada tensión cutánea. Para ello el médico sujetará la jeringa entre el segundo y el tercer dedo de su mano dominante apoyando el primer dedo en el émbolo. Con la mano no dominante estirará suavemente la piel adyacente al vaso en el momento de la punción. Cuando estamos dentro del vaso, si aspiramos deberá entrar la sangre en la jeringa. La cantidad a inyectar en cada sesión es variable, no aconsejándose poner toda la dosis en un solo punto para evitar complicaciones (pigmentaciones, ulceraciones, etc.) En líneas generales se debe inyectar el esclerosante lentamente (un máximo de 0,5 ml por sitio de inyección) durante unos 5-10 s. La inyección de la sustancia debe blanquear la zona tratada y rápidamente debe ser cubierta con un rollo dental de algodón (Dentasorb®) que se sujeta con una lámina autoadhesiva de tejido sin tejer procurando que ejerza una correcta compresión sobre el vaso tratado. A la presión ejercida no debe ser excesiva para evitar la formación de ampollas periféricas a la zona comprimida. Finalmente se rodea toda la pierna con la venda elástica (Vendagón® 10 x 10) y se mantiene durante al menos 5 días, aconsejándole al paciente que deambule inmediatamente después del tratamiento. Concluido este periodo de tiempo se revisan los resultados y se prescribe en caso de existencia de hematomas, una pomada o gel de heparina. Si al levantar las vendas y apósitos de algodón compresivos, algunos vasos muestran un cordón de color verde oscuro, es necesario practicar micropunciones con una aguja gruesa (minitrombectomía). Esta práctica evitará pigmentaciones posteriores. Además a partir de este momento debe prescribirse una media de elastocompresión de 40-70 mmHg durante 2-3 semanas.

5. NOVEDADES EN TIEMPOS DE INCUBACIÓN Y FUENTES DE LUZ (TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA)

V. Almeida Llamas

Servicio de Dermatología. Hospital HUA-Txagorritxu. Vitoria. España.

La terapia fotodinámica (TFD) tópica es un tratamiento de elección en queratosis actínicas múltiples, sobre todo, si ocupan amplias áreas, como en cabeza. En la práctica habitual, se ha establecido un tratamiento "estándar" o convencional, en el que, se aplica MAL (Metvix) en oclusión durante 3 h con posterior iluminación con luz roja (lámpara de diodos-aktilite) durante 7 min 24 seg, y con frecuencia se produce un dolor insoportable durante la iluminación. Como alternativa, la iluminación con la luz de día no molesta. Presentamos varios pacientes tratados con MAL y luz del día. Tratamos 10 pacientes, todos varones y con múltiples queratosis en cabeza, que habían utilizado diferentes tratamientos previos y no habían tolerado, por dolor insoportable, la TFD convencional. De acuerdo con la bibliografía revisada empleamos el siguiente método.

Método: Tras curetaje de las queratosis y aplicación de fotoprotector en el área a tratar, limpiamos las queratosis y aplicamos Metvix, de la misma forma que en la terapia convencional, pero sin oclusión, tras 30 min, se le indica al paciente exposición a luz del día durante 1,30 a 2 h, posteriormente, retirada de la crema (lavado) y fotoprotección.

Resultados: Valoramos resultados a los 15 días y a los 3 meses y observamos excelente tolerancia (ausencia de dolor) y efectividad similar a la TFD convencional. En la TFD tópica intervienen varios parámetros que con el objetivo de optimizar la técnica convencional, pueden ser modificados, como son, el tipo de fotosensibilizante y su forma de aplicación, los tiempos de incubación y las fuentes de luz. En los últimos años, varios trabajos de investigación, con series amplias de pacientes, han tratado queratosis actínicas múltiples con MAL e iluminación posterior con luz del día, con cortos periodos de incubación.

Conclusiones: De los resultados observados, se concluye que la TFD con MAL y luz del día representa una alternativa ventajosa en el tratamiento de las queratosis actínicas no hipertróficas ya que obtiene buenos resultados, elimina el inconveniente del dolor y simplifica y economiza el procedimiento.

6. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR CON TFD INTRALESIONAL

B. González Sixto, L.M. Valladares Narganes
y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

La terapia fotodinámica (TFD) tópica está indicada para el tratamiento de las queratosis actínicas, enfermedad de Bowen y carcinoma basocelular superficial. La TFD tópica está limitada por la penetración del fotosensibilizante y de la fuente de luz no siendo útil en el tratamiento de lesiones de grosor mayor a 1-2 mm, así en el tratamiento del carcinoma basocelular nodular su uso se encuentra limitado. Las guías británicas consideran la TFD tópica una alternativa terapéutica para el tratamiento del carcinoma basocelular nodular, cuando la cirugía está contraindicada, ya que presenta menor eficacia que ésta. En la profundidad de los tumores más gruesos la concentración de protoporfirina IX sería insuficiente y no homogénea y las fuentes de luz utilizadas incapaces de alcanzar el objetivo. Buscando que el fotosensibilizante y la fuente de luz se localicen a la profundidad deseada, evitando la fotosensibilización sistémica, nos planteamos la administración intralesional de ambos elementos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del carcinoma basocelular, en una serie de 20 pacientes con un espesor ecográfico medio de 6,6 mm (3-14 mm), con TFD intralesional. En todos los casos la respuesta clínica es excelente. El periodo medio de seguimiento ha

sido de 37,9 meses (32-45 meses) con un único caso de recidiva tumoral. Este protocolo optimiza el efecto de la terapia fotodinámica en lesiones de mayor espesor, con muy buenos resultados.

Bibliografía

- Morton CA, McKenna KE, Rhodes LE. Guidelines for topical photodynamic therapy: Update. *Br J Dermatol.* 2008;159:1245-6.
- Rodríguez-Prieto MÁ, González-Sixto B, Pérez-Bustillo A et al. Photodynamic therapy with intralesional photosensitizer and laser beam application: An alternative treatment for nodular basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:e134-6.

Comunicaciones

1. CARCINOMAS DE CÉLULAS DE MERKEL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

T. Salas García, A. López Gómez, J. Hernández Gil Sánchez, C. Soria Martínez, C. Brufau Redondo y A. Hernández Gil Bordallo

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino de origen cutáneo poco frecuente. La presentación clínica suele ser en forma de nódulo solitario en piel de cabeza o cuello.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 78 años de edad que consulta por un tumor rosado e indurado en cara posterior de pierna derecha de varios meses de evolución. Se realizó biopsia, la cual mostraba piel con infiltración por carcinoma neuroendocrino. Se procedió a realizar la exéresis de la misma con márgenes de seguridad. Un año y medio después, la paciente presentó dos nódulos próximos a la cicatriz de la intervención, cuya biopsia fue compatible con recidiva de CCM. Tras tratamiento quirúrgico y radioterápico, siete meses después, se halló una adenopatía indurada en región inguinal derecha y un nódulo en glúteo derecho, la biopsia de ambas fueron compatibles con metástasis por CCM. Caso 2: hombre de 71 años el cual fue visto por un tumor subcutáneo, indoloro y con piel suprayacente levemente eritematosa, en región lumbar de seis meses de evolución. La biopsia fue compatible con CCM. Tras el estudio de extensión sin alteraciones, se realizó exéresis y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en la cual se hallaron metástasis ganglionares, por lo que se realizó linfadenectomía. Actualmente el paciente continúa sus revisiones sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: El CCM es un tumor poco frecuente (aproximadamente 40 veces menos frecuente que el melanoma) que suele presentarse en pacientes de edad avanzada. Clínicamente se presenta como una lesión cutánea cupuliforme de color rojo-azulado. La localización más frecuente es la cabeza y el cuello (50%), seguidos de las extremidades (33%), los glúteos y el tronco (20%). El tratamiento consiste en la escisión amplia con márgenes de 2-3 cm. En los últimos años, además, ha habido discusión sobre el beneficio de la BSGC. Presentamos dos casos de CCM de presentación atípica. Comentaremos de forma breve las características más relevantes del CCM y discutimos su manejo.

2. ICTIOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA ANAPLÁSICO SISTÉMICO

V. Sanz Motilva, M. Castellanos González, J. Sanz Bueno, J. Ortiz de Frutos y F. Vanaclocha Sebastián

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La ictiosis adquirida es una condición clínica infrecuente que se ha descrito asociada a diversas causas subyacentes

tales como neoplasias, exposición a determinados fármacos o enfermedades autoinmunes. Describimos el caso de una paciente que desarrolló un cuadro generalizado xerodérmico con aspecto ictiosiforme en algunas áreas corporales asociado a un linfoma anaplásico sistémico.

Caso clínico: Una mujer de 44 años consultó por una dermatitis generalizada pruriginosa de 2 meses de evolución asociada a astenia y a pérdida de peso. Refería como único antecedente la colocación de prótesis mamarias bilaterales por motivos estéticos hacía 5 años. A la exploración física presentaba un cuadro ecematoso xerodérmico generalizado con áreas de descamación ictiosiforme en miembros inferiores. Adicionalmente se palpaban dos conglomerados adenopáticos en ambas regiones axilares. Ante la sospecha de un cuadro ictiosiforme adquirido asociado a un proceso linfoproliferativo sistémico, se realizó una biopsia ganglionar y un estudio de imagen. La biopsia ganglionar reveló un linfoma sistémico anaplásico de fenotipo nulo, ALK (quinasa del linfoma anaplásico) negativa. El estudio por PET-TC era sugestivo de un síndrome linfoproliferativo con múltiples conglomerados adenopáticos en fosas supraclaviculares, axilares y en mediastino anterior con afectación de pared torácica anterior y periprotésica mamaria. Se procedió a la extracción de las prótesis mamarias y de la masa de partes blandas retroesternal que mostraban infiltración por el citado linfoma. Fue derivada al servicio de hematología donde realizó tratamiento basado en 6 ciclos de quimioterapia según esquema tipo CHOP. El cuadro cutáneo se resolvió completamente al tercer ciclo de quimioterapia y tras 6 meses de seguimiento post-quimioterapia la paciente permanece en remisión completa.

Comentarios: El linfoma anaplásico es una variante de linfoma no Hodgkin CD30+, generalmente sistémico, que suele afectar tanto a regiones nodales como extranodales. Existen varios casos descritos de linfoma anaplásico sistémico en pacientes portadoras de prótesis mamarias, aunque no se ha podido hasta el momento demostrar una asociación causal. Adicionalmente, se han comunicado varios casos de síndromes linfoproliferativos asociados a cuadros ictiosiformes. Ante el desarrollo abrupto de un cuadro ictiosiforme generalizado no explicado en un paciente debemos descartar diversas condiciones patológicas entre las que destacan los cuadros linfoproliferativos.

3. NEOPLASIAS MÚLTIPLES: DOS SARCOMAS Y UN CARCINOMA BASOCELULAR SIMULTÁNEOS

M.J. Seoane Pose^a, H. Vázquez Veiga^a y J.M. Suárez Peñaranda^b

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

Paciente varón de 74 años, sin antecedentes de interés que consulta por una lesión en sien derecha de meses de evolución que clínicamente fue extirpada con la hipótesis de un tumor de Merkel o un carcinoma espinocelular indiferenciado. Además en cuello presentaba un carcinoma basocelular. La biopsia confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular en cuello mientras que diagnóstica de leiomioma sarcoma cutáneo la lesión de la sien. Con el diagnóstico histológico se programa ampliación de márgenes de la lesión de la sien, pese a que los dos tumores estaban extirpados. Tras extirpación de los márgenes laterales y profundos de la lesión. Al retirar los puntos se diagnóstica de forma casual una masa dura en hipocondrio derecho, que se encontraba en peritoneo en posible relación con el riñón y que fue extirpada por el Servicio de Urología, La masa, tras pasar por un diagnóstico de liposarcoma, con la inmunohistoquímica fue diagnosticada definitivamente de mixofibrosarcoma. La lesión dos años más tarde aparece en la zona lumboglútea izquierda en forma de una gran masa que se extiende en profundidad afectando el hueso iliaco izquierdo. Discutiremos este caso excepcional de dos sarcomas que coinciden en el mismo paciente,

al parecer de orígenes diferentes a los que se une un carcinoma basocelular. Se comentará para discusión el tratamiento realizado.

4. TRANSICIÓN EPITELIO-MESÉNQUIMA EN CARCINOMAS ESCAMOSOS METASTÁSICOS Y SUS METÁSTASIS LINFÁTICAS

A. Toll^{a,b}, M.E. Hernández^a, C. Ferrándiz Pulido^c, E. Masferrer^a y R.M. Pujol^a

^aServicio de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ^bIMIM (Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques). Barcelona. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Antecedentes: El riesgo de metástasis linfática de los carcinomas escamosos cutáneos (CEC) está asociado a una serie de variables clínico-patológicas tales como el diámetro, inmunosupresión, recurrencias, profundidad, grado de diferenciación, presencia de desmoplasia, etc. La podoplanina, una glicoproteína de membrana asociada a infiltración tumoral, también está sobre expresada en CECs metastásicos. La podoplanina puede promover también el fenómeno de transición epitelio-mesénquima (TEM) implicado en la desdiferenciación celular, la adquisición de un fenotipo mesenquimal (aumento de expresión de vimentina), pérdida de adhesión intercelular (disminución de la expresión de E-cadherina) y aumento del potencial migratorio. La TEM se ha asociado a aumento de riesgo metastásico en numerosos tumores.

Objetivo: Evaluar una serie de marcadores inmunohistoquímicos de TEM en CECs metastásicos y sus metástasis correspondientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se analizaron 107 CECs primarios (51 no metastásicos, 56 metastásicos). Se construyeron micro-arrays de tejidos mediante cilindros de 2 mm. Se realizaron tinciones inmunohistoquímicas de los siguientes marcadores: E-cadherina, vimentina, Twist, Zeb1, Snail, beta-catenina y podoplanina, que se correlacionaron con una serie de parámetros clínico-patológicos (edad, diámetro tumoral, profundidad, presencia de desmoplasia, grado de diferenciación, infiltración perineural, patrón infiltrativo, acantólisis, estadio tumoral, recurrencia, inmunosupresión, muerte por CEC).

Resultados: La pérdida de E-cadherina fue un hallazgo frecuente en CECs, 77%, sin diferencias entre los grupos. Se halló expresión de vimentina en el 67,9% de los CECs metastásicos y en el 31,4% de los controles ($p < 0,01$). La expresión nuclear de los factores de transcripción Twist y Zeb1 también se halló significativamente aumentada. La expresión de vimentina se asoció con los siguientes parámetros: recurrencia, muerte por CEC, infiltración perineural, mala diferenciación, así como con la expresión de podoplanina y Twist. Las metástasis linfáticas presentaban unas características histológicas e inmunohistoquímicas muy similares a las observadas en los tumores primarios. Sin embargo, la presencia de desmoplasia era más frecuente en las metástasis. Por el contrario, el patrón infiltrativo y la expresión de podoplanina y Zeb1 fueron más frecuentemente observados en los tumores primarios.

Conclusiones: El fenómeno de TEM parece jugar un papel en el proceso de metástasis linfática en los CECs.

5. IMIQUIMOD Y CRIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL MELANOMA METASTÁSICO CUTÁNEO

A. Ortiz Brugués, V. Sanmartín Novell, M.R. García, A. Veà y R.M. Martí Laborda

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción: El tratamiento de las metástasis cutáneas del melanoma continúa siendo un tema de controversia en aquellos casos en

los que la exéresis quirúrgica y/o el tratamiento sistémico no son posibles o están contraindicados. Se han publicado otras alternativas con éxito terapéutico, como la radioterapia, la electroquimioterapia, o el uso de imiquimod en monoterapia o asociado a otros procedimientos. Presentamos un caso de melanoma metastásico cutáneo tratado con imiquimod y crioterapia.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 85 años con leucemia linfóide crónica que consultó por la aparición en la mejilla izquierda de una placa perlada con telangiectasias atípicas y glóbulos grises, así como pequeños nódulos alrededor, siendo la biopsia informada de melanoma maligno. Tras la exéresis quirúrgica amplia, aparecieron a las pocas semanas, alrededor de la cicatriz, unas pápulas rosadas duras al tacto, cuya biopsia fue diagnóstica de invasión por melanoma. Dado el estado y la patología de base de la paciente, se decidió iniciar tratamiento paliativo combinado con imiquimod al 5%, 5 días a la semana durante 6 semanas y crioterapia, obteniendo la regresión total de las lesiones, sin signos de recidiva cutánea en los 12 meses de seguimiento posterior.

Conclusiones: Aunque la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección en el melanoma metastásico cutáneo, se han de considerar otras opciones terapéuticas cuando esto no es posible. El imiquimod es un inmunomodulador, una imidazoquinolona heterocíclica, con propiedades antitumorales. Actúa estimulando los receptores Toll-like 7 de las células dendríticas, macrófagos y monocitos, lo que provoca una liberación de citoquinas y la activación de la inmunidad celular. Además de sus indicaciones en el tratamiento de las verrugas genitales, queratosis actínicas y carcinomas basocelulares, se ha publicado su uso en el tratamiento del melanoma maligno y las metástasis cutáneas. En los casos de afectación más profunda, se ha tenido que recurrir a su utilización combinada con otras alternativas terapéuticas. La crioterapia es un procedimiento destructivo eficaz, seguro y rápido que podemos emplear en la consulta como adyuvante del imiquimod en el tratamiento de las metástasis cutáneas del melanoma.

6. DIFÍCIL MANEJO DE UN MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL IN SITU RECURRENTE

R. Navarro, R. Carrascosa, Y. Delgado Jiménez, E. Vargas y A. García Díez

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

Introducción: El melanoma lentiginoso acral (MLA) es un subtipo poco frecuente de melanoma. El tamaño al diagnóstico, la localización anatómica, los márgenes tumorales clínicamente mal delimitados y la posibilidad de recurrencia hacen que su manejo pueda ser difícil.

Caso clínico: Mujer de 77 años que consultó en 2003 por una mancha hiperpigmentada de 2 x 3 cm en la planta derecha de 4 años de evolución. La biopsia mostró un MLA in situ. Se realizó una extirpación con 0.5cm de margen lateral y hasta fascia muscular en profundidad. El defecto se cerró mediante un colgajo bilobulado y se obtuvieron márgenes quirúrgicos libres. En junio de 2007 se apreció hiperpigmentación mal delimitada alrededor de la cicatriz. Varias biopsias mostraron hiperplasia melanocítica, hasta que, en diciembre de 2008, se confirmó histológicamente la recurrencia del MLA in situ. Posteriormente se realizaron 8 biopsias de la periferia para delimitar el área total afectada. Se realizó extirpación de nuevo con 0,5 cm de margen lateral y, debido a la obstrucción vascular en la arteriografía, se optó por la reconstrucción del defecto (8 x 10 cm) mediante un colgajo cross-leg de la pierna contralateral, que consiguió una buena funcionalidad. En noviembre de 2010, febrero y octubre de 2012, se evidenció hiperpigmentación sobre y alrededor del colgajo cuyas biopsias han demostrado la recurrencia de MLA in situ incipiente, realizándose extirpaciones con 0,5 cm de margen y obteniendo bordes quirúrgicos libres.

Conclusiones: El gran tamaño, la mala delimitación y las recurrencias en nuestro caso conllevan un manejo complejo. Por un lado, nos encontramos con la dificultad de la reconstrucción del defecto por la localización, el tamaño y la pobre irrigación del miembro, lo que se solventó mediante la reconstrucción con un colgajo *cross-leg*. Por otro lado, las múltiples recurrencias pueden ser consecuencia de los márgenes tumorales imprecisos y la dificultad de diferenciar los melanocitos atípicos en casos muy incipientes. Por ello, es necesario un estrecho seguimiento, la realización de biopsias ante la sospecha clínica y la extirpación de las recidivas pese a que la atipia histológica sea mínima, ya que se ha descrito la posibilidad de progresión de este tipo de lesiones.

7. NUEVO CASO DE FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL EN UNA MUJER DE 43 AÑOS

A. Márquez García^a, M. Perea Cejudo^a, F.M. Camacho Martínez^a y J.J. Ríos Martín^b

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Caso clínico: Paciente de 43 años, fumadora de un paquete/día, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de talasemia beta. Consultó por presentar en el quinto dedo del pie derecho hinchazón, pérdida parcial de la uña y ulceración distal con ocasional hemorragia desde hacía años. Aunque cuando usaba calzado abierto era indolora, al utilizar calzado cerrado era muy dolorosa y sangraba. A la exploración se observó una pérdida del extremo distal del quinto dedo del pie derecho con una úlcera central cubierta de restos hemáticos y onicólisis parcial. Se le solicitaron radiografías antero-posteriores y oblicuas de ambos pies donde únicamente se observó una subluxación de las falanges distales de los cinco dedos. Ante esta situación se decidió realizar una biopsia diagnóstica. El estudio histológico objetivó una proliferación neoplásica de células fusiformes, sin atipia relevante, inmersas en un estroma mixoide con áreas colagenizadas y una trama vascular prominente. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD34 y negativo para S100, AME y AML. El índice de proliferación valorado con Ki67 fue bajo (menor del 1%). Con estos hallazgos se diagnosticó de fibromixoma acral superficial (FMAS). La actitud terapéutica posterior fue la extirpación completa de la tumoración incluyendo el aparato ungueal para evitar recidivas.

Discusión: El FMAS es un tumor benigno, de crecimiento lento y aunque es raro hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones acrales. La cirugía es curativa pero requiere una correcta extirpación por el alto riesgo de recidiva. No se ha descrito malignización.

8. VALORACIÓN DE LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL MELANOMA CUTÁNEO

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

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

Introducción: En la actualidad, existe una controversia en cuanto al beneficio que la realización de la biopsia del ganglio centinela (BGC) y posterior linfadenectomía supone sobre la supervivencia de los pacientes con melanoma cutáneo. Sin embargo, es incuestionable su utilidad a la hora de la estadificación de la enfermedad y como factor pronóstico de la misma.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se recogieron los datos de todos los pacientes diagnosticados de melanoma a los que se les practicó la BGC en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante el periodo compren-

dido entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2011. Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y un estudio analítico del impacto en la supervivencia.

Resultados: En 45 de los 198 casos (22,7%) se encontró afectación del ganglio centinela (GC) por melanoma. El índice de Breslow, la presencia de ulceración en el tumor y el número de mitosis se asociaron a la presencia de metástasis ganglionar. Tanto la supervivencia libre de enfermedad como la supervivencia global fueron menores en los pacientes en los que el GC resultó positivo, de forma estadísticamente significativa. Dentro de los pacientes con GC positivo, aquellos con afectación ganglionar tipo "micrometástasis" (menor de 2 mm) presentaron una mayor supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Discusión: Consideramos interesante la posibilidad de incluir el resultado de la medida de la afectación ganglionar en las metástasis del GC como factor pronóstico/terapéutico de la estadificación del melanoma, al igual que se realiza en otros tumores sólidos como el cáncer de mama, de modo que la linfadenectomía completa tan sólo estaría indicada en los casos de "macrometástasis" (mayor de 2 mm).

Conclusiones: La detección de metástasis ganglionares gracias a la BGC supone un importante factor pronóstico en los pacientes con melanoma, permitiendo una mejor estadificación, determinando la actitud diagnóstica y terapéutica a seguir en estos pacientes.

9. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: ¿QUÉ HACÍAMOS Y QUÉ HACEMOS?

M. Martín González, E. Herrera Acosta, R.J. Bosch García, B. Moyano Almagro y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor mesenquimal relativamente raro, de crecimiento lento, con gran capacidad de recidiva local, siendo raras las metástasis a distancia. La cirugía micrográfica de Mohs es la mejor opción quirúrgica, dado que las tasas de recurrencia son significativamente más bajas en comparación con la escisión local amplia.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de 18 dermatofibrosarcomas protuberans diagnosticados y en seguimiento en nuestro Servicio de Dermatología desde agosto de 2003 hasta septiembre de 2012. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, localización, tratamiento recibido y presencia de recidiva local y metástasis.

Resultados y discusión: El rango de edad está comprendido entre 27 y 79 años. En relación al sexo, en nuestro caso se observó un discreto predominio femenino (n = 11). La localización más frecuente ha sido el tronco (n = 9), extremidades (n = 5) y cabeza y cuello (n = 4). En relación al tratamiento, realizamos escisión local amplia en diez pacientes. Tras la introducción en 2007 de la cirugía micrográfica de Mohs en nuestro servicio, ocho pacientes han sido tratados con la variedad demorada de esta técnica. Como tratamiento coadyuvante dos sujetos recibieron imatinib y radioterapia. Tras 72 meses de seguimiento medio, cuatro de nuestros pacientes han presentado recidiva local, todos estos habían sido tratados previamente con escisión local amplia. Aunque el tiempo de evolución no es comparable con la escisión local amplia, ninguno de los pacientes tratados mediante cirugía de Mohs ha presentado recidiva local. Ninguno de los pacientes presentó metástasis a distancia. **Conclusiones:** El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor con un alto índice de recurrencia local, generalmente dentro de los tres primeros años, por lo que se debe realizar seguimiento periódico a largo plazo. La cirugía micrográfica de Mohs ha disminuido la tasa de recurrencias locales. No he recibido ningún tipo de subvención.

10. POROCARCINOMA ECRINO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UNA TUMORACIÓN DE MAL PRONÓSTICO

A. Martorell Calatayud, A. Díaz, L. Hueso Gabriel, L. Terrádez y A. Alfaro Rubio

Servicio de Dermatología; Servicio de Otorrinolaringología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Manises. Valencia. España.

Introducción: El porocarcinoma es una tumoración anexial maligna infrecuente de gran agresividad que asocia una elevada morbimortalidad a corto plazo. El tratamiento de esta neoplasia cutánea, basándonos en el escaso número de casos publicados en la literatura, es la cirugía micrográfica de Mohs.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 71 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta tumoración de 4 cm de diámetro mayor, de crecimiento lento-progresivo, localizado en la región retroauricular derecha. La histología mostró hallazgos compatibles con un porocarcinoma con patrón de crecimiento infiltrativo, que asociaba zonas de apariencia pagetoide. Se realizó una exéresis de la tumoración, que fue procesada mediante estudio en parafina, mostrando margen profundo libre de enfermedad y alguna célula aislada en dermis superficial en bordes laterales. La ampliación, de 1 cm de margen, realizada a las 2 semanas de la intervención inicial objetivó la existencia de tumoración en el borde profundo, que finalmente mostró una invasión de forma parcheada hasta periostio. Se realizó una exéresis de la zona de la tumoración hasta calota y el tratamiento se completó con un vaciamiento ganglionar funcional ipsilateral. Tras 1 año de tratamiento, el paciente está con buen estado general y libre de enfermedad tumoral.

Discusión: El diagnóstico y la clasificación del porocarcinoma ecrico permanecen en controversia. Desde el punto de vista histológico los tumores son clasificados en 3 variantes: la variante infiltrativa, la polipoide o expansiva, y la variante pagetoide. El supuesto tratamiento de elección en este tipo de tumoraciones es la cirugía micrográfica de Mohs, bien en fresco, bien diferida en parafina. No obstante, en este tipo de tumores en los que el tumor realiza una infiltración parcheada de la dermis, parece que este tipo de intervención no es suficiente. Por ello y por nuestra experiencia en este tipo de tumores recomendamos la toma de un estadio adicional en parafina tras negatividad de la cirugía micrográfica con la finalidad de asegurar unos márgenes libres de enfermedad. A su vez, dada la agresividad de la tumoración, la realización de un vaciamiento ganglionar funcional sería una actitud pronóstica y terapéutica complementaria recomendable para conseguir reducir la mortalidad de esta rara tumoración.

11. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL MELANOMA EN EL ÁREA SANITARIA DE LA COSTA DEL SOL OCCIDENTAL DURANTE EL PERIODO 2002-2011

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

^aServicio de Dermatología; ^bUnidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: La incidencia de melanoma está aumentando a nivel mundial a un ritmo del 3-7% anual. El Hospital Costa del Sol, con una población de referencia de 370.000 habitantes censados, registra un promedio de 48 nuevos casos de melanoma al año.

Objetivo: Analizar las características clínico epidemiológicas del melanoma en el área sanitaria del Hospital Costa del Sol, así como evaluar su tendencia en los últimos 10 años.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de los melanomas malignos cutáneos primarios diagnosticados en el Hospital Costa del Sol durante el periodo 2002-2011. Se evalúan las características epide-

miológicas (nacionalidad, sexo, edad, fototipo, tipo de exposición solar) y clínico-patológicas (localización, tipo anatomoclínico, espesor tumoral, presencia de melanomas múltiples y cáncer de piel no melanoma). Se realiza un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se comparan los datos de la primera mitad con los de la segunda mitad del periodo analizado.

Resultados: Se obtuvieron un total de 411 pacientes (481 melanomas). El 50,6% fueron mujeres. La edad media fue de 57,33 años (DE 16,71). Predominaron los fototipos II y III (57,6%, 26,1%) y la exposición solar recreacional (73,1%). El 69,2% de los pacientes eran españoles frente a un 30,8% de extranjeros. El tronco fue la localización más frecuente, seguido de la cabeza y el cuello. El tipo anatomoclínico más frecuente fue el melanoma de extensión superficial. Veintiséis pacientes desarrollaron melanomas múltiples (6,3%) y un 22,3% asociaron un cáncer de piel no melanoma, de los cuales un 84,3% fue un carcinoma basocelular. En la comparación por lustros el número de melanomas in situ se mantuvo estable en ambos periodos (42 vs 42,7%), en cambio se produjo un incremento de los melanomas finos (< 1 mm) (18,2 vs 30,8%) en mujeres < 40 años y en mujeres entre los 40-60 años, así como un descenso de los melanomas de 1-4 mm (29,4 vs 18,3%) y de los melanomas > de 4 mm (10,5 vs 8,2%). Respecto a la edad, se incrementó la edad media del diagnóstico (55 vs 58 años).

Conclusiones: El aumento en la incidencia de melanoma en nuestra población se debe fundamentalmente al incremento de melanomas de espesor fino (< 1 mm) en mujeres jóvenes y de mediana edad. Aunque el número de melanomas gruesos (> 4 mm) ha descendido, predomina en el grupo de varones mayores de 60 años. La identificación de estos grupos de riesgo permitirá orientar más adecuadamente las estrategias de prevención y diagnóstico.

12. DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA ASOCIADA A MELANOMA

P. Fernández Crehuet Serrano^a, A. Pérez Gil^b, C. Cantalejo Rodríguez^c, J.J. Ríos Martín^d y F. Camacho Martínez^e

^aServicio de Dermatología. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ^cServicio de Dermatología. Hospital Alta Resolución de Utrera. Sevilla. ^dDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^eDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por erupción cutánea, miopatía inflamatoria proximal y diversas manifestaciones sistémicas. Además de la predisposición genética, en su etiopatogenia están implicados factores externos como infecciones, fármacos o neoplasias malignas, representando estas últimas más del 25% de los casos de dermatomiositis del adulto. Las neoplasias más frecuentemente asociadas son en este orden, las genitourinarias, mama, pulmón y estómago. Los casos asociados a melanoma son poco frecuentes y la mayoría son melanomas metastásicos con una alta incidencia de mortalidad en el primer año.

Caso clínico: Paciente de 63 años intervenida de dos melanomas de extensión superficial localizados en superficie interescapular y escapular izquierda de 1,5 y 0,2 mm de Breslow respectivamente. Se descartó afectación extracutánea mediante TAC y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) pero 2 años después apareció una adenopatía axilar izquierda que se confirmó como metástasis de melanoma. En este período, presentó una erupción cutánea en cara, tronco y extremidades, acompañada de debilidad de musculatura proximal y aumento de enzimas musculares en sangre. Las biopsias cutánea y muscular confirmaron el diagnóstico clínico de

DM. Se realizó linfadenectomía axilar izquierda y se instauró tratamiento con altas dosis de IFN $\alpha 2b$ y corticoides. Después de 6 años la paciente continua viva.

Comentarios: Presentamos un caso infrecuente de DM paraneoplásica asociada a melanoma con supervivencia a largo plazo y revisaremos los pacientes publicados hasta la fecha.

13. ¿CÓMO TRATARÍA USTED EL LENTIGO MALIGNO?

J. Guijarro, J.C. Pascual, L. Francés, J. Bañuls e I. Betlloch

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

Introducción: El lentigo maligno (LM) es una variante de melanoma in situ que se desarrolla principalmente en áreas cutáneas de exposición crónica en pacientes de edad avanzada. Algunas peculiaridades del LM pueden condicionar su manejo. Este tratamiento suele ser quirúrgico, pero pueden plantearse otras formas de manejo del LM.

Caso clínico: Mujer de 84 años de edad que presenta un LM de gran tamaño en la mejilla izquierda. Se realiza extirpación quirúrgica y cierre mediante colgajo.

Comentarios: El tratamiento del LM está condicionado por ciertas características de la lesión: la edad del paciente y la localización del LM, la posible extensión subclínica y dificultad en precisar los márgenes, la posibilidad de progresión a LMM y el ocasional componente invasor oculto de algunos LM. El tratamiento habitual del LM es la cirugía, convencional, por estadios o cirugía de Mohs. Sin embargo, pueden plantearse la radioterapia, el imiquimod o la crioterapia entre otros.

14. EFECTOS SECUNDARIOS CUTÁNEOS DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE B-RAF. NUESTRA EXPERIENCIA

M.M. Otero Rivas^a, E. Samaniego González^a,
L.M. Valladares Narganes^a, G. Pérez Paredes^a,
M.A. González Morán^b, A. de la Hera Magallanes^b
y M.A. Rodríguez Prieto^a

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

Introducción: El tratamiento con inhibidores selectivos de la mutación activadora V600E en el gen de la cinasa BRAF induce importantes respuestas en la mayoría de los pacientes con melanoma metastásico, y ha demostrado una mejoría en la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión. Sin embargo, son frecuentes las recaídas precoces y el desarrollo de efectos secundarios cutáneos como fotosensibilidad, rash, erupciones queratosis pilaris like, lesiones proliferativas benignas (papilomas queratósicos, verrugas) y malignas. Se ha descrito el desarrollo de carcinomas escamosos bien diferenciados/queratoacantomas hasta en el 30% de los casos.

Casos clínicos: Presentamos nuestra experiencia en la monitorización de 3 pacientes tratados con vemurafenib, un inhibidor selectivo de la mutación BRAF-V600E. Todos desarrollaron varios de los efectos cutáneos descritos. Los más frecuentes fueron el rash, la erupción queratosis-pilaris-like y las lesiones proliferativas queratósicas benignas (verrugas, papilomas queratósicos, queratosis seborréicas). Una paciente desarrolló un carcinoma escamocelular en la mejilla 6 semanas tras el inicio del tratamiento.

Discusión: Aunque no se conocen los mecanismos moleculares precisos, se ha demostrado que el bloqueo farmacológico de RAF en células nativas para la mutación conduce a una activación paradójica de la vía MAPK. Esta activación junto a la existencia de mutaciones en RAS preexistentes en los queratinocitos (posiblemente inducidas por la exposición solar o por infección viral) pueden ser

suficientes para el desarrollo de estos tumores. Dado el potencial de desarrollo de lesiones malignas de forma precoz durante el tratamiento con estos fármacos, es precisa la monitorización dermatológica estrecha y la biopsia de cualquier lesión proliferativa nueva, ya que el examen clínico no permite distinguir de forma fiable entre lesiones benignas y malignas.

15. COLGAJO DE AVANCE MENTONIANO ASOCIADO A ROTACIÓN NASOLABIAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DEL LABIO INFERIOR

A. Ruiz de Casas, A. Corrales Rodríguez, F.J. Martín Gutiérrez y F. Camacho Martínez

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

Introducción: El labio inferior supone una unidad cosmética compleja compuesta tres planos: piel, músculo y mucosa. Es clave en funciones esenciales como son el comer, beber, hablar, en la mímica y mantiene además una posición crucial en la estética facial. Se trata además de una zona anatómica importante desde el punto de vista oncológico puesto que es localización específica de carcinoma espinocelular. Se han descrito numerosas técnicas para la reconstrucción de esta zona según el tamaño del defecto quirúrgico y la afectación de comisura.

Material y métodos: Se describen tres casos de tumores con afectación superior a un tercio del labio inferior reconstruidos con este colgajo combinado. Se analizarán las ventajas e inconvenientes y se comparará con otras técnicas.

Resultados, discusión y conclusiones: Presentamos una técnica reconstructiva combinada, para defectos de longitud superior a un tercio del labio inferior con afectación de la comisura labial. Consiste en un colgajo de avance del mentón asociado a la rotación del surco nasolabial (colgajo de Karapandzic). El ensamblaje de ambos colgajos, además de lograr el cierre de grandes defectos, reconstruye una nueva comisura, obteniendo excelentes resultados funcionales y estéticos.

16. COLGAJOS EN O-Z EN LAS RECONSTRUCCIONES FACIALES

S. Alcántara Luna, A. Márquez García, M. Perea Cejudo y F.M. Camacho Martínez

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

Un colgajo en O-Z supone la realización de un doble colgajo por rotación a ambos lados del defecto circular cuyos pedículos se escinden en dirección opuesta a la vertical del defecto. Se llama así porque el defecto primario es redondeado, en forma de O, y, efectuados los dos colgajos, la sutura definitiva tiene forma de Z. Se utiliza para cubrir defectos circulares en zonas con menor elasticidad cutánea o no se puedan realizar colgajos extensos. Son fáciles de ejecutar cuando hay gran defecto circular en el centro de la espalda o en la región lumbar, pero se considera la técnica de elección para reparar defectos circulares faciales, pues consiguen que las estructuras faciales se mantengan en su localización habitual al avanzar girando sobre un eje, siendo muy importantes en las zonas cercanas a las cejas. Dependiendo de la distensibilidad de la región anatómica, podrá ser necesario efectuar en los extremos un triángulo de Bürow o una expansión pantográfica. A veces, el triángulo de descarga se puede realizar en el centro de la sutura elíptica para ajustar adecuadamente los brazos laterales de la Z. Los colgajos en hacha de doble pedículo que se cierran sobre un defecto en O, son también colgajos en O-Z. Tienen el inconveniente de presentar un estrecho pedículo, por lo que puede estar comprometido si no se hacen en zonas muy vascularizadas como cara, cuero cabelludo y

tronco. Estarían formalmente contraindicados en extremidades. Comentaremos dos colgajos en O-Z, uno de rotación simple en el borde orbitario superior derecho y otro de doble hacha en región frontal derecha; es decir, por debajo y encima de la ceja derecha. Los colgajos de rotación simple se marcarán desde los bordes superior e inferior del defecto circular y tendrán una base 1,5 veces superior al diámetro mayor del defecto. Una vez efectuada la extirpación, se suturarán en el centro los bordes mediales de ambos colgajos y después los bordes laterales a la piel circundante comprobándose el aspecto de una Z. Los colgajos en hacha son similares y aunque los pedículos son más estrechos la situación final muestra menor tensión cutánea.

17. INJERTOS CUTÁNEOS DE GROSOR INTERMEDIO TOMADOS CON BISTURÍ DE NÚMEROS 15, 22 Y 23

J.L. Artola Igarza, V. Morillo Montañés, A. Arechalde Pérez, P. Manrique Martínez e I. Bilbao Badiola

Servicio de Dermatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. España.

Introducción: Aunque de la técnica de tomar injertos de piel parcial mediante bisturí resulta clásica en cirugía dermatológica habitualmente se emplean los dermatomos. Intentamos determinar las ventajas de extraer estos injertos mediante hojas de bisturí de los números 15, 22 y 23.

Material y métodos: Realizamos la técnica en pacientes de la consulta de oncología cutánea que precisaron cierre por injerto tras cirugía de Mohs. Se tomaron injertos en zona lateral y retroauricular de cuello, cara anterior de pierna, dorso de pie y pene. Con anestesia local empleamos hojas de bisturí del nº 15 para defectos pequeños (< 3 cm). Utilizamos las hojas de 22 y sobretodo de 23 para recoger injertos de mayor tamaño (4-6 cm). Tras incidir con ángulo de 45º se realizan incisiones tangenciales secuenciales. La técnica quirúrgica precisó de un dermatólogo y una enfermera.

Resultados: En 2 años hemos utilizado la técnica para reparar defectos faciales, oreja, miembros inferiores y pene. Se realizaron un total de 15 procedimientos. El tamaño varió de 2 a 6 cm. Presentamos 6 casos típicos para ilustrar la técnica.

Conclusiones: El injerto de grosor intermedio tomado con bisturí es un método rápido y adecuado. Resulta especialmente útil en procedimientos que consumen mucho tiempo como la cirugía de Mohs. Creemos que las hojas de bisturí números 22 y 23 facilitan la extracción del injerto íntegro de forma rápida y segura cuando son de tamaño medio. Las principales ventajas de la técnica extracción de injertos de piel parcial mediante bisturí son que: 1. facilita un mayor número de zonas donantes; 2. permite diseñar de forma adecuada la forma del injerto y la profundidad del mismo; 3. no requiere de un dermatomo; y 4. se logra la reparación de heridas con buen aspecto y función. Esta técnica de extracción de injertos de piel parcial mediante bisturí ha sustituido en nuestro servicio a otro tipo de injertos.

18. UTILIDAD DEL COLGAJO AXIAL TUNELIZADO EN LA RECONSTRUCCIÓN NASAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

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

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

Introducción: La pirámide nasal constituye la localización más frecuente del cáncer cutáneo, y una de las áreas anatómicas de más difícil reconstrucción. La extirpación quirúrgica del tumor origina a menudo defectos cutáneos extensos, que requieren del empleo de colgajos pediculados para su reparación. Uno de los principales

inconvenientes de dichos colgajos es su ejecución de dos tiempos quirúrgicos. La tunelización del pedículo vascular supone una alternativa que permitiría la resolución en un solo tiempo.

Objetivo: Describir la experiencia del Servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol en el uso del colgajos tunelizados en la reconstrucción de defectos nasales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes intervenidos entre octubre de 2010 y octubre de 2012 en el Servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol, en los que se empleó un colgajo pediculado tunelizado para la reconstrucción de un defecto de sustancia nasal. Se describen aspectos epidemiológicos y clínicos, características del defecto de sustancia, datos de la técnica quirúrgica, complicaciones, procedimientos secundarios y resultados cosméticos/funcionales.

Resultados: Se incluyen 15 pacientes, con edad media de 75 años (SD 11,6) (9:6; ? : ?). Los tumores intervenidos fueron todos carcinomas cutáneos (1 carcinoma espinocelular, 14 basocelulares), con un tamaño medio de 16,5 mm (SD 3,7) y de predominio en tercio distal nasal (10 en ala nasal, 1 en punta, 3 en dorso, 1 en canto interno). La complicación precoz más frecuente fue la necrosis (26,5%), no observándose en ninguno de los pacientes signos de hemorragia o infección del colgajo. En un 13% de los casos se requirieron procedimientos quirúrgicos secundarios para reparación de complicaciones tardías (consistentes en abultamiento/necrosis grasa del pedículo y "efecto trampilla" del colgajo). Se obtuvieron buenos resultados cosméticos y funcionales en el 94 y el 87,5% de los casos respectivamente.

Discusión: Los colgajos axiales tunelizados constituyen una buena alternativa para la reconstrucción nasal en pacientes seleccionados. Si bien la conllevan un mayor riesgo de necrosis como complicación postoperatoria precoz que los colgajos pediculados clásicos, ésta suele ser superficial y limitada, obteniéndose buenos resultados cosméticos y funcionales en un alto porcentaje de casos.

19. OPCIONES EN CIRUGÍA DEL PABELLÓN AURICULAR

C. Ciudad Blanco, N. Cano Martínez, L. Barchino Ortiz, D. Cieza Díaz y R. Suárez Fernández

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

Introducción: El pabellón auricular está compuesto por una pieza de cartilago elástico cubierto por una piel fina con escaso tejido celular subcutáneo. La complejidad del contorno auricular, con diferentes áreas de convexidad y concavidad, exige una cuidadosa técnica quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos varios casos de tumores cutáneos localizados en el pabellón auricular, que fueron extirpados y reconstruidos mediante diferentes técnicas quirúrgicas. Incluimos colgajos de transposición y en isla en puerta giratoria para la reconstrucción de defectos de gran tamaño en la parte anterior del pabellón auricular.

Resultados: El tamaño del defecto fue el principal condicionante para la elección de la técnica quirúrgica. En todos los casos se consiguió la escisión del tumor con bordes libres de infiltración tumoral con un buen resultado estético y funcional.

Discusión: La cirugía de la oreja supone un reto quirúrgico. La extensión de la lesión y la afectación del cartilago subyacente condicionan la reconstrucción. Una técnica minuciosa exige la colocación de las incisiones en los pliegues para que sean menos visibles y evitando cruzar concavidades para que no se formen contracturas que causen deformidad. Las lesiones en hélix menores de 15 mm permiten un cierre directo; en defectos de mayor tamaño, los colgajos de avance constituyen una buena opción. En el antehélix y en la concha auricular, el colgajo en isla en puerta giratoria permite la reconstrucción de defectos de gran tamaño. Para tumores grandes que afectan más de un tercio del tamaño de la oreja se requiere la

reconstrucción con colgajos regionales, lo que implicará una disminución de la longitud de la oreja. Las complicaciones más frecuentes en la cirugía auricular son los hematomas, la dehiscencia y la necrosis. En los casos en los que se haga un injerto de cartilago éste debe quedar completamente cubierto por piel para evitar la necrosis.

Conclusiones: Disponemos de diferentes opciones para la reconstrucción de tumores extirpados en el pabellón auricular. Una técnica minuciosa minimiza las complicaciones y permite obtener resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

20. UTILIDAD DE LOS APÓSITOS TERMOPLÁSTICOS EN CIRUGÍA DE PABELLÓN AURICULAR

L.J. del Pozo Hernando, N. Izquierdo Herce, I. Monge Castresana, E. Jubert Esteve y A. Martín Santiago

Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Introducción: La correcta fijación de los injertos de piel total colocados en la concha auricular tiene el doble propósito de evitar su separación del lecho para asegurar que sobreviva; y conservar la compleja topografía de la lámina cartilaginosa que da la forma a la oreja. Los materiales utilizados habitualmente para este fin (gasas o esponjas), además de ser voluminosos, no permiten aplicar una presión uniforme en toda la superficie. Una alternativa para soslayar estos inconvenientes son los apósitos termoplásticos (ATP)^{1,2}. En este trabajo presentamos nuestra experiencia con este material en 2 pacientes con defectos quirúrgicos de superficie irregular.

Caso clínico: Mujer de 80 años y varón de 75 años con sendos carcinomas basocelulares infiltrativos, localizados en la concha auricular, que requirieron para su exéresis completa de 5 y 3 estadios de Mohs respectivamente. En ambos el defecto quirúrgico final era amplio y anfractuoso e involucraba la entrada al conducto auditivo externo. Se reconstruyó mediante injerto de piel total que fue fijado mediante ATP. Ninguna parte de los injertos se perdió y se obtuvieron buenos resultados cosméticos y funcionales.

Conclusiones: Los ATP tienen la ventaja de ser inmediatamente moldeables a superficies irregulares tras su inmersión en agua caliente, reteniendo la forma de la zona y aplicando presión uniforme sobre la misma. Esto permite la inmovilización del injerto y el paso de los exudados a su través. Representan una excelente alternativa para la sujeción de injertos de piel total, especialmente sobre superficies irregulares.

Bibliografía

1. Fish FS, Hilger PA. Aquaplast thermoplastic (opti-mold). A unique moldable tie-down dressing for full-thickness skin grafts. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994;20:239-44.
2. Ducic Y, Hilger PA, Fish FS, Bartlett AJ. A convenient and efficient moldable dressing for skin grafts. *Laryngoscope.* 1997;107:954-6

21. FIBROBLASTOMA DE CÉLULAS GIGANTES TRATADO CON CIRUGÍA DE MOHS Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

N. Izquierdo Herce^a, J. del Pozo^a, E. Jubert^a, O. Roca^b, C. Saus^c y M. Serra^d

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Cirugía Plástica; ^cServicio de Anatomía Patológica. *Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.* ^dServicio de Dermatología. *Hospital Can Misses. Ibiza. España.*

Introducción: El fibroblastoma de células gigantes (FCG) es un tumor de tejidos blandos infrecuente, de bajo grado de malignidad, que afecta generalmente a niños en la primera década de la vida. Presenta similitudes clínicas, inmunohistoquímicas y moleculares con el dermatofibrosarcoma protuberans por lo que muchos autores

consideran que ambos tumores pertenecen a un espectro de la misma entidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 8 años de edad diagnosticado de FCG en axila derecha que es enviado a nuestro centro para su exéresis completa mediante cirugía de Mohs en diferido. A la exploración física presentaba una cicatriz lineal sobre una mácula eritematosa bien delimitada de aproximadamente 4 x 2,5 cm. Dos biopsias de la zona maculosa confirmaron la persistencia del FCG. Se intervino conjuntamente con cirugía plástica, realizándose el primer estadio de Mohs (técnica vertical modificada) y colocando un sistema de presión negativa VAC[®] (Vacuum Assisted Closure) que permitiese la preparación del lecho de la herida hasta obtener el resultado definitivo anatomopatológico. Tras un segundo estadio se obtuvieron bordes quirúrgicos libres, reconstruyéndose el defecto con un colgajo fasciocutáneo tipo Limberg. Tras 6 meses de seguimiento no ha presentado recidiva loco-regional.

Conclusiones: Actualmente, la cirugía de Mohs es el tratamiento de elección en el FCG debido a su mala delimitación y alta tendencia a la recidiva local. La necesidad de su procesamiento en diferido, que en ocasiones puede durar varios días, y el gran tamaño de algunos defectos quirúrgicos obligan a realizar curas dolorosas y aumenta el riesgo de infección. El empleo de la terapia con presión negativa permite un entorno cerrado y húmedo que estimula la curación de la herida, preparándola para su reconstrucción posterior. El caso que presentamos es de interés por la poca frecuencia del FCG, la realización de microcirugía de Mohs modificada y el empleo de terapia de presión negativa VAC[®] previa a la reconstrucción quirúrgica.

22. EXÉRESIS TUMORAL Y RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN REGIÓN COMPRENDIDA ENTRE LABIO SUPERIOR, FILTRUM Y COLUMELA NASAL

J.M. Lera, A. Giménez de Azcárate, I. Irarrazaval, I. Bernad y P. Redondo

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

Introducción: La región centrorfacial formada por la columela nasal, el filtrum y el labio superior es una zona anatómica donde aparecen con frecuencia tumores epiteliales. Se trata de un área de riesgo por donde el tumor puede extenderse a estructuras nobles profundas. Esta localización constituye un reto quirúrgico, tanto por la necesidad de realizar una resección completa de las lesiones, como por la importancia de una reconstrucción lo más estética posible del defecto.

Pacientes: Varón de 65 años, que presenta un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, localizado en vestíbulo nasal derecho, que se extiende a la coana contralateral. Se realiza extirpación bajo cirugía controlada al microscopio de vestíbulo nasal, columela y filtrum, hasta alcanzar bordes quirúrgicos libres. Una vez confirmada la ausencia de tumor, se procede a la reconstrucción de la zona mediante dos colgajos de avance en isla de pedículo subcutáneo de ambos labios, que confluyen en la zona del filtrum. Se completa el procedimiento con tratamiento radioterápico profiláctico. Varón de 77 años, con antecedente de carcinoma basocelular recidivante, localizado en filtrum nasal, que se extiende a ambos vestíbulos nasales y columela. La lesión había sido intervenida con cirugía convencional al menos en cuatro ocasiones en otro centro, con alteración de la anatomía local. Se procede a la extirpación, bajo cirugía controlada al microscopio, de parte de labio superior, filtrum nasal y columela, incluyendo en un segundo tiempo la extirpación de cartílagos alares y del tabique, y parte de la mucosa nasal. Tras alcanzar bordes quirúrgicos libres, se realiza reconstrucción del defecto mediante un colgajo de avance en isla y otro de transposición de la mejilla. Se deja

zona de ambos vestíbulos nasales a cicatrizar por segunda intención.

Conclusiones: Presentamos dos tumores centofaciales agresivos e infiltrantes, que se extirparon mediante cirugía bajo control al microscopio y se reconstruyeron mediante colgajos locales, con un resultado funcional y estético muy satisfactorio.

23. CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS DIFERIDA EN EL TRATAMIENTO DE LOS DERMATOFIBROMAS FACIALES

D. López Aventín, S. Segura, G. Martín Ezquerro, R.M. Pujol y A. Toll

Departamento de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Introducción: Los dermatofibromas (DF) faciales son poco frecuentes, presentan características clínico-patológicas inusuales y un comportamiento clínico más agresivo con mayor tendencia a la recidiva local tras una extirpación quirúrgica incompleta. La tendencia de los DF faciales a infiltrar estructuras profundas y el aumento en la tasa de recurrencias locales ponen de manifiesto la necesidad de realizar una excisión completa asegurando unos márgenes quirúrgicos libres de tumor.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de DF faciales en mujeres jóvenes que fueron intervenidas mediante cirugía micrográfica de Mohs diferida. Caso 1: mujer de 31 años con un nódulo indurado de 0,8 x 0,8 cm y de 5 años de evolución en ala nasal. Caso 2: mujer de 26 años con una placa indurada de 1,5 x 1,5 cm, de 2 años de evolución en la mejilla. El examen histopatológico de las lesiones demostró una proliferación mesenquimal sólida desde dermis media a dermis profunda, afectándola en su totalidad. Las células tenían morfología fusiforme con núcleo alargado y se disponían formando haces entrecruzados, sin atipia citológica en el caso 1 y atipia leve en el caso 2. No se observaban figuras de mitosis. Con la información adicional de las tinciones inmunohistoquímicas y el resultado negativo del estudio FISH de la translocación t(17;22)(q22;q13) se estableció el diagnóstico de DF facial. Se procedió a realizar la exéresis mediante cirugía de Mohs diferida, requiriéndose 1 etapa en el caso 1 y 3 etapas en el caso 2. La reconstrucción de los defectos quirúrgicos se realizó con injerto condrocútáneo de pabellón auricular izquierdo en el caso 1 e injerto libre de piel total de región supraclavicular izquierda en el segundo caso con unos buenos resultados.

Conclusiones: Los DF de localización facial se caracterizan por un patrón infiltrativo con un curso clínico más agresivo que requieren extirpaciones amplias o con control de la totalidad de los márgenes (cirugía de Mohs). La cirugía de Mohs diferida debe considerarse como una buena opción terapéutica para los DF faciales dado que permite extirpar completamente el tumor respetando el tejido sano, hecho de especial interés en una localización cosméticamente tan sensible como la cara.

24. EMPLEO DEL COLGAJO PARAESCAPULAR EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDROSADENITIS AXILAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

F. Muñoz Romero^a, J. Tercedor Sánchez^b, J.M. Ródenas López^c y P. Ramón Faba^a

^aServicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: El colgajo paraescapular es un colgajo cutáneo axial obtenido del borde lateral de la región escapular, vascularizado por la rama descendente de la arteria circunfleja escapular; su arco de rotación alcanza fácilmente la región axilar. La hidrosadenitis axilar

(HA) es una enfermedad crónica supurativa, con frecuencia cicatricial. En su manejo se emplea un amplio abanico de tratamientos médicos y quirúrgicos. Presentamos dos casos de HA tratados quirúrgicamente mediante el colgajo paraescapular. Describimos la anatomía quirúrgica, las indicaciones, ventajas e inconvenientes de dicho colgajo.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes, una mujer de 37 años y un varón de 48 años, diagnosticados desde hace años de HA. Ambos pacientes han sido tratados a lo largo de dichos años mediante la administración de antibióticos orales, isotretinoína y drenaje quirúrgico de las lesiones abcesificadas. Ante la persistencia de las lesiones planteamos a los pacientes el tratamiento quirúrgico de las mismas. Tras comentar las diferentes técnicas, en ambos casos se realizó el colgajo paraescapular.

Conclusiones: La HA presenta un curso clínico crónico, con tendencia a la cicatrización. En el manejo de la HA se emplean tratamientos médicos y quirúrgicos. Entre éstos se incluyen la escisión de lesiones individuales, incisión y drenaje de lesiones abcesificadas, exéresis y cierre por segunda intención, injertos cutáneos y colgajos locales. El colgajo paraescapular es un colgajo cutáneo fiable que alcanza la axila con facilidad. Entre sus ventajas podemos citar la presencia de un pedículo vascular constante de buena longitud, ausencia de morbilidad funcional en la zona donante y, a diferencia de los injertos, no provoca cicatrices retractiles axilares.

25. COLGAJO DE AVANCE “EN PUZZLE” EN DEFECTOS LATERALES DEL ALA NASAL

L. Padilla España, T. Fernández Morano, I. Fernández Canedo, N. Blázquez Sánchez, M. González Carrascosa y M. de Troya Martín

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

Introducción: La pirámide nasal es una localización frecuente del cáncer de piel, especialmente del carcinoma basocelular. Aunque la cirugía constituye el tratamiento de elección en la gran mayoría de los casos, en ocasiones la reconstrucción de pequeños defectos puede plantear dificultades técnicas debido a que esta localización anatómica presenta unas cualidades topográficas únicas.

Objetivo: Analizar la utilidad del colgajo de avance “en puzzle” en la reconstrucción de defectos de pequeño tamaño localizados en el surco-ala nasal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de aquellos pacientes con carcinoma basocelular localizado en surco-ala nasal a los que se realizó un colgajo de avance “en puzzle” desde octubre de 2011 a marzo de 2012. Se describen aspectos clínicos (edad, sexo, tamaño del defecto), estéticos (abultamiento, pérdida del surco nasolabial) y funcionales (obstrucción ventilatoria).

Resultados: Se recogieron un total de cinco pacientes, tres de ellos mujeres y el resto varones, con edades comprendidas entre los 55 y los 80 años. Cuatro de ellos con carcinoma basocelular primario y otro con persistencia de carcinoma basocelular tras terapia fotodinámica. En dos de ellos se realizó Cirugía Micrográfica de Mohs y en el resto cirugía convencional. En todos los casos se ha conservado funcionalidad del ala nasal sin obstrucción ventilatoria y con un resultado cosmético aceptable. No se han registrado complicaciones locales (ni infección ni necrosis) ni recurrencias a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: El colgajo de avance “en puzzle” es un colgajo de fácil ejecución que se muestra útil en la reconstrucción de defectos de pequeño tamaño localizados en surco-ala nasal y que supone una alternativa a los colgajos locales tradicionales.

Bibliografía

Goldberg LH, Kimyai-Asadi A, Silapunt S. “Jigsaw puzzle” advancement flap for repair of a surgical defect involving the lateral nasal ala. *Dermatol Surg.* 2005;31:569-71.

26. DOS CASOS DE FIBROMAS INTRAUNGUEALES

M.J. Perea, T. Ojeda, C. Priego y F.M. Camacho

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los fibromas ungueales son una entidad poco habitual en la práctica clínica. Según su localización pueden ser: periungueal, subungueal o intraungueal, confirmando en cada caso una deformación característica de la lámina ungueal.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de fibromas intraungueales como lesiones únicas en un hombre y una mujer de mediana edad. En ambos casos se trataban de lesiones asintomáticas que presentaban gran deformidad ungueal. Al extirpar las uñas pudimos observar el fibroma creciendo a través de un túnel creado en la placa ungueal.

Conclusiones: Los fibromas intraungueales son una patología benigna poco frecuente. Debido a que las uñas son manipuladas y tratadas por diversos profesionales (dermatólogos, cirujanos generales, médicos de atención primaria, esteticistas y podólogos) cualquier estudio estadístico resulta dificultoso.

27. COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

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

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

Introducción: Las complicaciones quirúrgicas son desvíos de la evolución esperada en la realización del acto quirúrgico. El servicio de Dermatología del Hospital Clínico Virgen de la Victoria (Málaga) realiza 1800 actos quirúrgicos anuales. De éstos, 650 corresponde a cirugía dermatológica mayor, que viene definida como el conjunto de métodos quirúrgicos que se emplean para la reparación de defectos cutáneos tras la extirpación oncológica. Incluyen los colgajos y los injertos cutáneos. Aunque la peor complicación es la recidiva tumoral, en este estudio valoraremos las principales complicaciones en cirugía dermatológica: dehiscencia de la herida, necrosis del colgajo, daño del sistema nervioso, hemorragias, hematomas, equimosis, infecciones y aspecto de la herida.

Casos clínicos: Se han seleccionado casos clínicos que ilustran las principales complicaciones en cirugía dermatológica: necrosis del colgajo, daño del sistema nervioso y aspecto de la herida.

Conclusiones: Aunque en la mayoría de las ocasiones las complicaciones no van a suponer un riesgo vital para el paciente, pueden derivar en una alteración de la cicatrización que conduzca a un fracaso del resultado estético, una sobreinfección que requiera un tratamiento sistémico, parálisis nerviosas permanentes, o la aparición de necrosis o hematomas que requieran múltiples curas postoperatorias. Todas estas complicaciones pueden evitarse con un correcto estudio preoperatorio, una buena planificación, la realización de una técnica quirúrgica correcta y los cuidados postoperatorios adecuados.

28. LOS COLGAJOS DE ROTACIÓN EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL TRONCO Y EXTREMIDADES

F.J. Vázquez Doval

Dermaclinic. La Rioja. España.

Material y método: Se presentan 13 pacientes diagnosticados de: dermatofibrosarcoma protuberans (4), melanoma primario o metástasis (3), carcinoma escamoso (2), carcinoma basocelular (2), úlce-

ra crónica (1), nevo atípico (1). Extirpación mediante cirugía con histopatología tridimensional. Reconstrucción: Colgajo simple de rotación (6), expansión pantográfica (3), cierre O-Z (3), colgajo doble de rotación + expansión pantográfica (1).

Resultados: Mediante colgajos de rotación simples o dobles hemos reparado defectos quirúrgicos primarios del tronco o extremidades con buenos resultados cosméticos. No hemos tenido necrosis o procesos infecciosos concomitantes. Tampoco ha habido durante el tiempo de seguimiento (12 años como máximo) recidivas de las lesiones primarias (úlceras crónicas, nevus atípico, carcinoma escamoso, carcinoma basocelular y dermatofibrosarcoma protuberans). En el caso de los pacientes con melanoma primario, todos siguen vivos sin enfermedad. La paciente con metástasis está siendo controlada con radioterapia en el momento actual.

Discusión: Diversas técnicas de reconstrucción se pueden llevar a cabo para resolver pérdidas tegumentarias del tronco y extremidades: cierre directo, extirpación secuencial, colgajos de avance, rotación, transposición, injertos cutáneos, expansión tisular. Se valora y discute la eficacia de los colgajos de rotación con circulación aleatoria en la reconstrucción de defectos tegumentarios del tronco y extremidades.

Conclusiones: Las diferentes variedades de colgajos de rotación son técnicas muy adecuadas para la reconstrucción del tronco y extremidades.

29. TRATAMIENTO DE CICATRICES CON LÁSER FRACCIONADO: SERIE DE CASOS

S. Arias Santiago, M.S. Girón Prieto, M. Gutiérrez Salmerón y V. García Mellado

Unidad de Dermatología. Hospital General de Baza. Granada. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: En el momento actual existen diferentes técnicas que se pueden emplear para el tratamiento de las cicatrices por acné o de otro origen, muchas de ellas conviene utilizarlas de forma conjunta. En los últimos años se ha empleado el láser fraccionado para tratar las cicatrices con buenos resultados. El objetivo de este trabajo es analizar la respuesta al tratamiento con láser fraccionado en una serie de pacientes visitados en nuestra unidad.

Material y métodos: Se incluyen en el estudio un total de 35 pacientes a los que se ha realizado tratamiento con láser fraccionado (erbium-YAG fraccionado) en cicatrices de acné o de otro origen. En dos de ellos se emplearon además otras técnicas como el "rodillo de agujas". Se han practicado un mínimo de 5 sesiones separadas por 4 semanas en todos los pacientes analizados y se ha realizado una evaluación inicial del paciente y otra a los 6 meses de iniciar el tratamiento tanto clínica como fotográfica.

Resultados: Se incluyen en el estudio un total de 35 pacientes con una edad media de 32,3 años (20-56 años). El 72% de los pacientes fueron mujeres y el número medio de sesiones fue de 5,5 (5-9 sesiones). En el 95% de los casos se trataba de cicatrices de acné localizadas en las mejillas y mentón y en un 5% cicatrices posvaricela o por traumatismos. En un paciente se realizó tratamiento de cicatrices por acné en la espalda. A los 6 meses de tratamiento se ha mostrado una reducción significativa de cicatrices en la mayoría de los pacientes tratados con unos índices de satisfacción muy elevados. Se han producido un 9% de pérdidas (no completar 5 sesiones) de pacientes a lo largo del periodo de seguimiento por diversos motivos y no siempre atribuibles a la falta de respuesta clínica.

Conclusiones: El láser fraccionado es una buena herramienta terapéutica para el tratamiento de las cicatrices de acné obteniéndose unos buenos resultados a partir de la 5ª sesión.

30. MANEJO EFICAZ DEL DOLOR DURANTE LA TERAPIA FOTODINÁMICA. ANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO

I. Polimón Olabarrieta, B. Pérez Tato, S. Marinero Escobedo, C. Díaz Ramírez y P. Fernández López

Unidad de Dermatología. Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: La terapia fotodinámica se emplea de manera eficaz en el tratamiento de queratosis actínicas, especialmente en el llamado campo de cancerización. Esto conlleva el tratamiento de zonas amplias, siendo el dolor el principal efecto adverso, en ocasiones tan intenso que resulta en la interrupción del tratamiento. La analgesia con óxido nitroso inhalado ha demostrado ser eficaz para disminuir el dolor en procedimientos menores, fundamentalmente en pediatría, tales como reducción de fracturas, punción lumbar, suturas... Posee un alto perfil de seguridad, consiguiendo un estado de sedación consciente. Además, el sistema de administración de válvula a demanda permite un control de la dosis óptima para cada paciente, minimizando el riesgo de efectos secundarios.

Casos clínicos: Presentamos un grupo de pacientes a los que se le realizó terapia fotodinámica en cara, cuero cabelludo y zona genital, utilizando óxido nitroso inhalado administrado con un sistema de válvula a demanda como analgesia. Se analizan las mediciones de intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica, y se comparan con las de los pacientes tratados de manera convencional.

Conclusiones: La administración de óxido nitroso inhalado resultó eficaz en la mayoría de los pacientes para controlar el dolor, que en algunos casos fue puntuado como ausente, y permitió la realización de terapia fotodinámica en pacientes que previamente habían tenido que interrumpir el tratamiento por dicho motivo. Resulta un tratamiento seguro, con mínimos efectos secundarios, fundamentalmente náuseas y mareo, que ceden a los pocos minutos de interrumpir la administración. El sistema de válvula a demanda minimiza el riesgo de sobredosificación y permite su utilización sin presencia de anestesia. Aportamos nuestra experiencia en el uso de óxido nitroso como analgesia en terapia fotodinámica, especialmente en zonas amplias y sensibles, y concluimos que constituye un tratamiento altamente eficaz, cómodo para el paciente y sin apenas efectos secundarios.

Vídeos

1. COLGAJO MIO-CONDRO-MUCOSO DE ROTACIÓN COMBINADO CON COLGAJO MELOLABIAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE LA PARED NASAL

L.M. Valladares Narganes, B. González Sixto, M. Otero Rivas, G. Pérez Paredes, A. Pérez Bustillo y M.A. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: Las paredes laterales y las alas nasales son unidades cosméticas y funcionales de la pirámide nasal y lugar de asentamiento frecuente de tumores malignos cutáneos, siendo el carcinoma basocelular el más frecuente. Para reconstruir esta región debemos tener en cuenta, por un lado, la función de las narinas, evitando la retracción y el colapso durante la inspiración y, por otro, la simetría para obtener el mejor resultado estético. El desafío es mayor si el defecto quirúrgico es de espesor total, implicando a planos mucoso, cartilaginoso, muscular y cutáneo reduciéndose de forma considerable las posibilidades reconstructivas.

Caso clínico: Mujer de 79 años, que tras dos etapas de cirugía de Mohs se consigue eliminar un carcinoma basocelular. La lesión infiltraba pared lateral y gran parte del ala afectando en la zona central todo su espesor. El tamaño del defecto creado era de 1 x 1,5 cm. Para su cierre presentamos a través de un vídeo la realización de un colgajo mio-condro-mucoso de rotación de toda el ala restante combinado con un colgajo cutáneo melolabial del mismo lado.

Conclusiones: La reparación de defectos de espesor total de la pared nasal siempre ha supuesto un reto quirúrgico para el dermatólogo. En la reparación del plano mucoso, los colgajos intranasales locales con reepitelización del defecto secundario son útiles pero laboriosos y los colgajos mucopericóndricos del tabique, pared nasal o cornetes aportan soporte cartilaginoso. Los injertos de cartilago procedentes del tabique, del hélix o del cartilago costal, combinados con colgajos locales son una excelente opción. Finalmente, el uso de materiales aloplásticos, como las mallas de titanio o de polietileno, puede ser una buena opción, sobretodo en defectos de gran tamaño, pero no exentos de riesgos, como necrosis, infección o extrusión. Presentamos el caso de un colgajo mio-condro-mucoso obtenido del ala nasal adyacente al defecto combinado con un colgajo melolabial como una opción excelente en la reconstrucción de defectos parciales, de espesor total, en la región alar, con la ventaja de realizarse en un solo tiempo quirúrgico bajo anestesia local y como alternativa a los injertos libres de cartilago y al uso de materiales aloplásticos.

2. ELEVACIÓN TRANSBLEFAROPLÁSTICA DE LA CEJA

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

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

Introducción: La dermatoacalasia se produce como consecuencia de la atrofia, distensión y disminución de la elasticidad de la piel a nivel periocular. La laxitud de la aponeurosis epicraneal, provoca la aparición de arrugas y la ptosis de la ceja. A la hora de corregir estos defectos, resulta muy importante la valoración conjunta de la ceja y el párpado superior, para evitar el fracaso de los resultados de la blefaroplastia. La corrección de estos defectos se puede realizar, a través de la incisión de la blefaroplastia superior.

Material y métodos: En el momento preoperatorio la ceja es colocada, manualmente, en su nueva posición y se dibuja la cantidad de piel excedente del párpado superior. Tras la anestesia y colocación de una lente protectora, se extirpa la piel y el músculo orbicular con láser CO₂. Para la elevación de la ceja se realiza una incisión en la región frontotemporal y se introduce un periostotomo por debajo del periostio, despegando toda el área correspondiente a la mitad externa de la ceja y de la zona proximal de la región temporal. A través de la incisión de la blefaroplastia se despega la piel del músculo orbicular y con un calímetro se mide la altura deseada para su nueva ubicación. Utilizamos una sutura de Nylón de 3/0 para, a través de una cánula, fijar el músculo orbicular a la fascia del temporal. La piel del cuero cabelludo se sutura con una seda de 3/0 y la palpebral con un monofilamento de 5/0.

Resultados: Esta técnica resuelve eficazmente en un solo tiempo quirúrgico, la ptosis de la ceja y la dermatoacalasia.

Discusión: La ventaja del láser de CO₂, es que un mismo instrumento nos sirve como bisturí y electrocauterio, consiguiendo la disminución del edema y de la hemorragia postoperatoria. La incisión de la blefaroplastia, también se puede utilizar para reubicar la ceja a la altura deseada, fijando el músculo al periostio, siendo menos traumática, pero menos duradera.

Conclusiones: La utilización de esta técnica proporciona, la corrección conjunta de la dermatoacalasia y de la ptosis palpebral, con resultados comparables a otras técnicas, pero disminuyendo el tiempo operatorio, incisiones y complicaciones.

3. NUESTRA EXPERIENCIA CON DYE LÁSER EN EL TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES CAPILARES. ¿UN CLÁSICO A CONSERVAR?

L.J. Martínez Pilar

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: El láser de colorante pulsado (DYE láser) ha sido la referencia, desde su aparición, en el tratamiento de malformaciones capilares tipo mancha en vino de Oporto y lesiones vasculares superficiales en general. El avance de los medios técnicos y la perfección de otros tipos de láser y fuentes de luz han posibilitado que el abordaje terapéutico de estas lesiones se pueda hacer con diferentes equipos que no solo han complementado el tratamiento inicial sino que incluso en algunos casos lo han mejorado. Aportamos nuestra experiencia, durante los últimos seis años, en la unidad de láser del servicio de dermatología del hospital regional universitario Carlos Haya, centro de referencia para el tratamiento de malformaciones vasculares en Andalucía Oriental.

Materiales, temas y métodos: Hemos estudiado los más de 450 pacientes tratados con Láser de Colorante Pulsado (V. beam, Candela) en el período comprendido entre Febrero de 2007 y Junio de 2012 en nuestra unidad de láser con diagnóstico de malformación capilar y edades comprendidas entre los 4 meses y los 69 años de edad. Todos ellos han sido tratados de manera ambulatoria independientemente de que requirieran sedación para la realización del mismo.

Resultados: El grado de satisfacción expresado por los pacientes es de muy alto en el 93% de los casos estudiados, con un aclaramiento considerado satisfactorio o muy satisfactorio tanto por nuestra parte como por los propios pacientes en un 85% de los casos, llegando en numerosas ocasiones a la resolución total de las lesiones, todo ello subordinado a las características histológicas de las lesiones y al área anatómica afectada por la malformación sin olvidar el número de sesiones recibidas. En el período de tratamiento no hemos reportado complicaciones relevantes, a excepción de dos casos de hiperpigmentación transitoria, sin haber identificado hasta la fecha cicatrices deprimidas, hipertróficas o cambios permanentes en la pigmentación del área tratada.

Conclusiones: Consideramos el Láser de colorante pulsado una herramienta óptima para el tratamiento de las malformaciones capilares tipo mancha en vino de Oporto. En nuestra experiencia ha sido muy bien tolerado por los pacientes y no hemos encontrado complicaciones relevantes en estos años de uso. La principal limitación que puede presentar el LCP en el tratamiento de malformaciones capilares es su teórica escasa profundidad de penetración, si bien ésta puede ser superada con el uso de multipulsos a su vez la púrpura asociada a tratamiento ha sido minimizada por las nuevas generaciones de equipos. El panorama que dibuja la tecnología médica láser actual nos presenta diferentes posibilidades para realizar el abordaje de las malformaciones capilares tipo mancha en vino de Oporto, siendo la luz pulsada gracias a las mejoras introducidas en los nuevos equipos y el tratamiento secuencial del LCP y Nd:YAG las principales alternativas al LCP en el tratamiento de estas condiciones y sus principales competidores.

Bibliografía

- Anderson RR, Parish JA. Selective photothermolysis: Precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science*. 1983;220:524-7.
- Anderson RR, Parish JA. Microvasculature can be selectively damaged using dye lasers: A basic theory and experimental evidence in human skin. *Lasers Surg Med*. 1981;1:236-76.
- Angermeier MC. Treatment of facial vascular lesions with intense pulsed light. *J Cutan Laser Ther*. 1999;1:95-100.
- Boixeda P, Pérez A, Fernández M, Araújo JM. Avances en láser vascular. *Actas Dermosifilogr*. 2003;94:199-231.
- Koster Ph, van der Host, Bossuyt Pm, van Gemert MJ. Prediction of port-wine stain clearance and required number of flashlamp pumped dye laser treatments. *Laser Surg Med*. 2001;29:151-5.

- Bernstein LJ, Geronemus RG. Keloid formation with the 585nm pulsed dye laser during isotretinoin treatment. *Arch Dermatol*. 1977;133:11-2.
- Faurischou A, Togsverd-Bo K, Zachariae C, et al. Pulsed Dye laser vs intense pulsed light for port-wine stains: A randomized side-by-side trial with blinded response evaluation. *Br J Dermatol*. 2009;160:359-64.
- Geronemus RG, Quintana AT, Lou WW, et al. High-fluence modified pulsed dye laser photocoagulation with dynamic cooling of port wine stains in infancy. *Arch Dermatol*. 2000;136:942-3.
- Katugampola GA, Lanigan SW. Five years? Experience of treating port wine stains with the flashlamp-pumped pulsed dye laser. *Br J Dermatol*. 1997;137:750-4.
- Kauvar AN, Geronemus RG. Repetitive pulsed dye laser treatments improve persistent port-wine stains. *Dermatol Surg*. 1995;21:515-21.
- Laube S, Taibjee SM, Lanigan SW. Treatment of resistant port wine stains with the V Beam pulsed dye laser. *Lasers Surg Med*. 2003;33:282-7.
- Yang MU, Yaroslavsky AN, Farinelli WA, et al. Long-pulsed neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser treatment for portwine stains. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:480-90.
- No D, Dierickx C, McClaren M, et al. Pulsed Alexandrite treatment of bulky vascular malformations. *Lasers Surg Med*. 2003;15 Suppl:26.
- Morelli JG, Weston WL, Huff JC, et al. Initial lesion size as a predictive factor in determining the response of port-wine stains in children treated with the pulsed dye laser. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:1142-4.
- Lorenz S, Scherer K, Wimmershoff MB, et al. Variable pulse frequency-doubled Nd:YAG laser versus flashlamp-pumped pulsed dye laser in the treatment of port wine stains. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:210-3.

Pósters

1. TUMORACIÓN ESCAPULAR Y LINFEDEMA DE MAMA

B. García Bracamonte^a, J. Sanz Bueno^a, V. Sanz Motilva^a, C. Postigo Llorente^a y J.L. Rodríguez Peralto^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Los sarcomas de partes blandas son tumores raros de origen mesenquimal. Suelen manifestarse como una masa indolora de crecimiento lento y su diseminación suele ser por vía hematogénea, generalmente a pulmón.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por progresivo empastamiento y aparición de linfedema y piel de naranja en axila y mama izquierda asociado a impotencia funcional. A la exploración física, destacaba la presencia de un gran tumor en la escápula izquierda, de unos 12 cm, de unos 6 meses de evolución. El estudio histológico reveló una infiltración difusa de la dermis y el tejido adiposo por una neoplasia fusocelular dispuesta en fascículos mal delimitados y constituida por células marcadamente atípicas de núcleos bizarros. Presentaba un índice mitótico elevado y positividad para citoqueratina AE1-AE3, CD10 y actina A41. El Ki 67 oscilaba entre 25 y 50%. La S-100, el CD56, el Factor XIII, el CD34, la Desmina y Actina HHF-3 fueron negativas. Estos hallazgos fueron compatibles con sarcoma pleomórfico indiferenciado. El TAC mostró múltiples imágenes nodulares en axila y mama, linfangiectasia, adenopatías mediastínicas y una LOE hepática. Debido a la irrecesabilidad del tumor, se inició tratamiento quimioterápico con epirrubicina e ifosfamida, y posteriormente con gemcitabina y docetaxel a pesar de lo cual, la enfermedad progresó.

Conclusiones: Los sarcomas de partes blandas son un grupo raro y heterogéneo de tumores, existiendo más de 50 tipos histológicos según la célula que remedan, su arquitectura y/o histoquímica. El tratamiento es individualizado y debe ser quirúrgico siempre que sea posible, a veces asociado a radioterapia. La quimioterapia se reserva para la enfermedad metastásica. Nuestro caso cuenta con las particularidades de su forma de presentación y de haber sido diagnosticado en un estadio avanzado, ya que la paciente consultó por la clínica que provocaba la afectación ganglionar axilar masiva. Cabe destacar, que las metástasis ganglionares por sarcomas son muy poco frecuentes (2,5%), aunque ciertas subvariedades (sarcoma sinovial, rhabdomyosarcoma, sarcoma epitelioides y de células claras) prestan un riesgo mayor (11-44%).

2. ANGIOSARCOMA EN CUERO CABELLUDO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN

M. Andreu Barasoain, E. Gómez de la Fuente, F. Pinedo Moraleda, R. Miñano Medrano y J.L. López Estebanz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

El angiosarcoma cutáneo de cara y cuero cabelludo es una neoplasia vascular maligna infrecuente, que afecta fundamentalmente a varones ancianos, localizándose preferentemente en frente y cuero cabelludo. No existe ningún factor predisponente conocido y la influencia del daño solar crónico en la histogénesis es discutible. Un varón de 75 años de edad sin antecedentes de interés consultó por una tumoración nodular eritematosa y ulcerada, de 5 centímetros de diámetro en región parietal derecha de cuero cabelludo, de 3 meses de evolución, asintomática. La biopsia de piel mostró una infiltración de la dermis por una proliferación de canales vasculares irregulares interconectados entre sí, revestidos por células endoteliales prominentes, con moderado pleomorfismo y atipia citológica. Con inmunohistoquímica expresaba positividad para CD31, CD34 y D240, con negatividad para HHV-8. Con TAC y RMN craneales no se apreciaba infiltración ósea, no siendo valorable la afectación perióstica. Se objetivaron adenopatías cervicales bilaterales, que fueron negativas al realizar PAAF con control ecográfico. Se realizó extirpación con márgenes amplios, resultando afecto el fondo del lecho quirúrgico. En la RMN de control postcirugía se apreció recidiva local con invasión ósea sin sobrepasar la tabla interna, por lo que se administró radioterapia adyuvante, con disminución importante del tamaño de la lesión hasta hacerse prácticamente inapreciable en la RMN postradioterapia, dejando una erosión extensa de la tabla externa. Cuatro meses después de finalizar el tratamiento, el paciente permanece en remisión clínica. El pronóstico de los angiosarcomas de cara y cuero cabelludo es malo. Sólo un 12% de los pacientes sobreviven más de 5 años, y aproximadamente la mitad de los pacientes fallecen a los 15 meses siguientes a la aparición del tumor. Se han relacionado con un mejor pronóstico los tumores menores de 5 cm de diámetro y las lesiones que tenían un infiltrado inflamatorio prominente. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia seguida de radioterapia. La quimioterapia se ha utilizado con resultados variables: doxorubicina liposomal, paclitaxel, docetaxel, inyección intralesional de interferón alfa-2b o interleucina-2, sorafenib y bevacizumab.

3. IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA SOBRE LA FOTOPROTECCIÓN

E. Gómez Moyano, S. Martínez García, L. Martínez Pilar, M.D. Fernández-Ballesteros y A. Crespo Erchiga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Madrid. España.

Introducción: La exposición solar es el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de melanoma. Las campañas de

fotoprotección educan a la población sobre los peligros de la sobreexposición solar, pero pueden no traducirse en cambios en el comportamiento, y esto es particularmente alarmante en pacientes de alto riesgo. Una mejor comprensión de los factores que influyen en este hecho puede aportar información para realizar guías específicas de intervención.

Objetivos: 1. Evaluar el impacto del diagnóstico de melanoma en los conocimientos y hábitos sobre fotoprotección y 2. Analizar qué factores pueden influir de forma negativa o positiva en el cambio de hábitos de fotoprotección.

Material y métodos: Usando un cuestionario validado y anónimo, 65 pacientes con reciente diagnóstico de melanoma (años 2006-2007) fueron interrogados sobre los conocimientos, hábitos y actitudes sobre fotoprotección antes y después del diagnóstico y sobre los sentimientos de miedo y culpabilidad tras el diagnóstico. Se concedió una puntuación a cada ítem referido a los hábitos de fotoprotección y se dividió a los pacientes en tres categorías según la puntuación obtenida, siendo la categoría I la de fotoprotección más deficiente y la III la de fotoprotección óptima. Se consideró como criterio de optimización subir una categoría en caso de situarse inicialmente en las categorías I y II, o mantenerse en la misma en caso de situarse en la III.

Resultados y discusión: El 72% de los pacientes presentaba hábitos de fotoprotección deficientes antes del diagnóstico, a pesar de que un 69% había recibido consejos de fotoprotección. El 66% de los pacientes optimizó su conducta tras el diagnóstico. El número de pacientes que creen que el bronceado es saludable apenas se modificó después del diagnóstico (69% pre diagnóstico a 61% post diagnóstico). Tras el diagnóstico un 38,5% de pacientes nunca usaba fotoprotector en un día soleado, y de aquellos que lo usaban más de la mitad tan sólo lo aplicaban en la cara y no en el resto de áreas fotoexpuestas. Además un 20% de pacientes continúa exponiéndose al sol en la franja horaria de 12-16 h. Y un 37% no renueva la aplicación del fotoprotector. Es llamativo el hecho de que se mantengan estas conductas a pesar de que el 98% de los pacientes referían haber sido informados sobre los cuidados frente al sol tras el diagnóstico. El subgrupo de pacientes que mejoró presentaba una puntuación media basal menor que el subgrupo que no mejoró ($p = 0,009$). Las mujeres optimizaron su conducta tres veces más que los hombres ($p = 0,037$). La edad, la localización tumoral, la agresividad terapéutica, el sentimiento de miedo y culpa y la creencia de que el bronceado es saludable no tuvieron influencia significativa en la modificación de conducta.

Conclusiones: El diagnóstico de melanoma lleva consigo un aumento en los conocimientos y un cambio favorable en los hábitos de fotoprotección. A pesar de ello, las medidas de fotoprotección no son lo suficientemente adecuadas. Debemos evaluar las barreras hacia la fotoprotección óptima pues en ellas está la clave para diseñar programas educacionales específicos.

4. EFICACIA DEL ZINC ORAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ERUPCIÓN PÁPULO-PUSTULOSA POR ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO

A. Jaka, N. Ormaechea, H.A. Borja, E. del Alcazar y A. Tuneu

Servicio de Dermatología. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián. España.

Introducción: Los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) se usan cada vez más en el tratamiento de tumores sólidos en estadios avanzados. Existen 2 tipos de inhibidores: los anticuerpos monoclonales y los inhibidores de la tirosina cinasa. El principal efecto secundario es la toxicidad cutánea. Acontece en más del 80% de los casos y se manifiesta como lesiones pápulo-pustulosas que afectan sobre todo a áreas sebóreas. Esta erupción altera de tal forma la calidad de vida de los pacientes,

que a veces requiere la suspensión del tratamiento antitumoral, disminuyendo su eficacia. El zinc oral se ha usado en el tratamiento del acné por su actividad antiinflamatoria. Basándonos en este hecho, propusimos su utilización como prevención de la erupción pápulo-pustulosa en los pacientes con cáncer colorectal metastásico que iniciaban tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-EGFR. En esta patología no se ha publicado ningún estudio con el zinc oral hasta el momento actual.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasi-experimental, no aleatorizado, de 73 pacientes con cáncer colorectal metastásico tratados con anticuerpos anti-EGFR. Los pacientes se dividieron en 2 grupos, uno de ellos recibió tratamiento con zinc oral (grupo 1) y el otro grupo no (grupo 2, control).

Resultados: La frecuencia de la erupción fue de 31 (83,8%) en el grupo 1 y de 30 (90,9%) en el grupo 2, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,5$). Respecto a la gravedad de las lesiones, en torno a la mitad de los pacientes en cada grupo presentaron erupciones leves (grados I y II), un 48% en el grupo 1 y un 63% en el grupo 2 ($p = 0,14$).

Discusión: Las nuevas terapias antitumorales dirigidas tienen un mecanismo de acción diferente a la quimioterapia convencional, produciendo toxicidad distinta, especialmente a nivel cutáneo. En los anti-EGFR la principal complicación es la erupción pápulo-pustulosa, sin que a día de hoy exista ningún tratamiento eficaz para prevenirla.

Conclusiones: Según nuestro estudio, el tratamiento preventivo con zinc oral no disminuyó ni la incidencia ni la gravedad.

5. CARCINOMA BASOCELULAR PALPEBRAL. MANEJO CON INTERFERÓN TÓPICO

V.M. Leis Dosil, I. Prats Caellas y R.M. Díaz Díaz

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

Introducción: Los interferones (IFN) son una familia de citoquinas con acción antiproliferativa viral y antitumoral. El IFN alfa-2b por vía intralesional constituye un tratamiento de eficacia demostrada en el carcinoma basocelular. Su uso en colirio de forma tópica se ha mostrado eficaz en oftalmología en indicaciones como papilomas escamosos, melanomas o neoplasias epiteliales de la superficie ocular. Mostramos su utilidad en el carcinoma basocelular sólido del borde libre palpebral.

Caso clínico: Nuestra paciente era una mujer de 88 años con un carcinoma basocelular sólido en borde palpebral confirmado histológicamente. Rechazó la extirpación quirúrgica y, dadas la localización y las características de la lesión, el uso de imiquimod o terapia fotodinámica tampoco eran opciones óptimas. Se propuso el tratamiento con colirio de IFN alfa-2b 1MUI/mL, 4 veces al día durante 3 meses, con la práctica desaparición de la lesión. No presentó efectos secundarios durante el tratamiento. Tras un periodo de seguimiento de 36 meses, la paciente no muestra datos de recidiva.

Conclusiones: El IFN en colirio es una opción en el tratamiento de tumores epidérmicos en borde libre palpebral, muy bien tolerada por el paciente. No es un tratamiento radical, y nos obliga a un seguimiento periódico de los pacientes tratados, pero constituye una buena elección en aquellos casos en los que se descarta la cirugía. Las series de casos publicadas no permiten sacar conclusiones significativas en cuanto a eficacia y periodo libre de recidivas, y además su precio es más elevado que el de otros tratamientos, por lo que aconsejamos individualizar su indicación. No hemos encontrado referencias a esta modalidad terapéutica en literatura dermatológica, pero sí en publicaciones oftalmológicas. No hemos recibido ningún tipo de subvención para este trabajo.

6. METÁSTASIS GANGLIONARES TRAS REGRESIÓN DE MELANOMA

M.T. López Villaescusa^a, M.L. Martínez Martínez^a, M.C. Martín de Hijas Santos^a, M.E. Gómez Sánchez^a, C. Faura Berruga^a y L. Íñiguez de Onzoño^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.

Introducción: Existen ocasiones en las que se detectan metástasis de melanoma, sin clara evidencia de un tumor cutáneo primario. La regresión de los tumores primarios es el resultado de un proceso inflamatorio que se observa en múltiples cánceres, incluido el melanoma

Caso clínico: Mujer de 28 años, que debutó con una adenopatía cervical derecha de 8 meses de evolución. El estudio radiológico mostró una adenopatía patológica necrosada laterocervical derecha y una imagen similar por encima del manubrio esternal. Se realizó biopsia selectiva de ambas lesiones con diagnóstico anatómopatológico de tejido ganglionar con extensas áreas de necrosis y totalmente sustituido por denso infiltrado tumoral compatible con melanoma. El servicio de oftalmología descartó lesiones coroides y fue remitida a consulta de dermatología. En la anamnesis, la paciente refería que había tenido previamente una lesión pigmentada en la zona central del cuello, con sangrado ocasional, y desaparición progresiva. En la exploración física la zona era completamente homogénea y no existían signos de lesión pigmentada previa, en espada y tórax presentaba múltiples máculas acrómicas homogéneas, bien delimitadas, residuales. Tras el vaciamiento ganglionar que fue negativo, comenzó con INF, con buena tolerancia. Durante el seguimiento ha presentado lesiones de vitiligo en prominencias óseas y una placa de alopecia areata aislada en cuero cabelludo.

Conclusiones: El halo nevus, nevus de Sutton o leukoderma acquirido centrífugo, es un fenómeno inmunológico frecuente de depigmentación, consiste en una degeneración progresiva de los melanocitos que son destruidos por un infiltrado inflamatorio. Se ha descrito en la infancia/adolescencia alrededor de nevus melanocíticos adquiridos tras la exposición solar, sin embargo puede presentarse alrededor de lesiones de origen neuroectodérmico (nevo azul, nevo de Spitz, nevo congénito, melanosis dérmica, neurofibroma y melanoma). En este proceso autoinmune, está involucrada la producción sesgada de citoquinas por parte de los linfocitos Th1 colaboradores. Entre un 20-30% se asocia a vitiligo en otras localizaciones y, a la inversa, un 20-60% de pacientes con vitiligo desarrollan lesiones tipo halo-nevo, además tienen una mayor incidencia de desarrollar otros trastornos autoinmunitarios, como hipotiroidismo, enfermedad de Graves, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, uveítis, síndromes autoinmunitarios poliglandulares o alopecia areata, como nuestra paciente.

7. QUERATOACANTOMA CENTRIFUGUM MARGINATUM MÚLTIPLE

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

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

El queratoacantoma centrífugo marginatum es una rara variante de queratoacantoma caracterizado por la presencia de un crecimiento periférico progresivo del tumor con la concomitante curación del área central de éste. Presentamos tres pacientes diagnosticados de queratoacantoma centrífugo marginatum múltiple y las diferentes opciones terapéuticas utilizadas. Durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2000 y 2010 fueron recogidos en nuestro servicio un total de tres pacientes diagnosticados clínica

e histológicamente de queratoacantoma centrifugum marginatum múltiple. Todos los pacientes fueron varones de edad comprendida entre los 55 y 62 años, con una historia de lesiones asintomáticas en áreas expuestas con una evolución de más de 20 años. Presentaban lesiones tumorales de crecimiento periférico progresivo con regresión atrófica central de manera espontánea. Negaban uso de fármacos inmunosupresores o contacto con productos químicos. El estudio por PCR para la detección del virus del papiloma humano fue negativo. Múltiples tratamientos fueron utilizados, entre ellos imiquimod tópico al 1% y acitretino oral con repuestas variables. En uno de los pacientes se realizaron infiltraciones intralesionales de metotrexato (2 ml de solución, 12,5 mg/ml, cada 2 semanas) en una lesión de nueva aparición en labio inferior con excelentes resultados. El queratoacantoma centrifugum marginatum es un tumor raro que afecta a personas de edad media o adultos mayores. Ha sido relacionado con traumas, infecciones virales o erupciones medicamentosas y ciertas condiciones cutáneas. La radiación solar y carcinógenos químicos han sido descritos como importantes iniciadores y promotores de este tumor. Los queratoacantomas centrifugum marginatum pueden presentarse como una lesión única, o más raramente en forma de múltiples placas anulares que demuestran una expansión periférica con regresión central como sería el caso de nuestros pacientes. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, sin embargo en los casos múltiples o según las características individuales de cada paciente han sido descritas respuestas a 5-fluoruracilo tópico e intralesional, metotrexate intralesional, interferón alpha intralesional, bleomicina intralesional, retinoides orales, erlotinib y terapia fotodinámica. En cualquier caso, el abordaje de estos tumores representa un reto terapéutico que precisa de la realización de futuros estudios controlados a largo plazo.

8. PERIONIXIS-LIKE COMO MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA

A. Pampín^a, A. Nuño^a, M. Andreu^a, F.J. Pinedo^b
y J.L. López Estebanz^a

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

Introducción: Las metástasis cutáneas de neoplasias internas ocurren con una frecuencia del 1-10% de caso. Entre ellas, las metástasis cutáneas acrales son muy infrecuentes.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años, con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama tratado con mastectomía más linfadenectomía en mayo 2011, radioterapia y quimioterapia, presentando posteriormente metástasis cerebrales, pulmonares y óseas. Fue remitida desde el Servicio de Oncología en agosto de 2012 por presentar una lesión nodular eritematosa abscesificada en zona periungueal proximal del cuarto dedo de mano izquierda de unos 1,5 cm de 5 días de evolución. Negaba traumatismo. Había estado ingresada por neumonía en tratamiento con amoxicilina/clavulánico una semana antes. Se intentó drenaje sin éxito, por lo que se realizó una biopsia y cultivo de la lesión, que fue positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Se instauró tratamiento con gebramicina tópica. Histológicamente se evidenció infiltración por su carcinoma ductal de mama previo. La inmunohistoquímica fue positiva para CK 5/6, CK 7, CK 17, siendo receptores de estrógenos, progesterona y herceptest negativos. A los pocos días la paciente ingresa por mal control del dolor y fallece.

Comentarios: Las metástasis cutáneas acrales son una manifestación poco frecuente de metástasis cutánea de órganos sólidos. Su localización más habitual son los dedos de las manos, y el origen más frecuente es el cáncer pulmonar, seguido del de mama y melanoma. Habitualmente tienen lugar cuando el tumor primario ya ha sido diagnosticado, pero en ocasiones pueden ser la primera manifestación de la enfermedad. En la mayoría de los casos la afecta-

ción cutánea es secundaria a una metástasis ósea. En nuestro caso no se pudo completar el estudio, ya que la paciente falleció a los pocos días del diagnóstico. Dado que ocurren cuando la neoplasia está diseminada, son un signo de mal pronóstico, y en general la supervivencia media tras el diagnóstico de una metástasis cutánea acral es de pocos meses. El tratamiento es paliativo, empleándose generalmente tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia. Ante la presencia de una lesión inflamatoria en zonas acras de evolución tórpida en un paciente con enfermedad tumoral, debemos descartar metástasis cutánea.

9. MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL QUERATOACANTOMA EN LA CONCHA AURICULAR

I. Prats Caelles, V.M. Leis Dosal, D.M. Arranz Sánchez
y R.M. Díaz Díaz

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

Introducción: El queratoacantoma es considerado en las clasificaciones actuales, un carcinoma epidermoide in situ, de comportamiento poco agresivo y con bajo potencial para el desarrollo de metástasis. Este tumor suele aparecer en personas mayores de 70 años, y en zonas fotoexpuestas. En general es un tumor de buen pronóstico, con una fase inicial de rápido crecimiento y tendencia a la involución en unas semanas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica; no obstante, debido a su comportamiento biológico, el tipo de paciente y su localización, la infiltración intralesional de metotrexate ofrece excelentes resultados curativos, cosméticos y funcionales.

Caso clínico: Varón de 56 años, con antecedentes de carcinoma de cavum tratado con cirugía y radioterapia local; y, múltiples epitelomas basocelulares en la cabeza y el cuello. Presenta una lesión papulosa, eritematoescamosa de crecimiento progresivo en la concha auricular izquierda, con diagnóstico de queratoacantoma en el estudio histológico. Dada la complejidad quirúrgica de la zona, se decidió infiltración intralesional de metotrexate con resolución completa de la lesión con una sola infiltración.

Comentarios: El tratamiento de elección del queratoacantoma es la extirpación simple. En ocasiones la cirugía puede ser compleja por las comorbilidades asociadas del paciente; y, por el defecto funcional y cosmético posquirúrgico. Otros tratamientos utilizados han sido la decorticación y electrocoagulación, la radioterapia, el acitretino oral y la quimioterapia intralesional. Los agentes quimioterápicos usados han sido el 5-fluoracilo y el metotrexate. La ventaja del metotrexate frente al 5-fluoracilo radica en que no es necesario el uso de anestésico local para su infiltración y que el número de infiltraciones es menor. La infiltración intralesional de metotrexate en los queratoacantomas solitarios, tras su confirmación histológica, ofrece unas ventajas considerables frente la cirugía. Es una técnica curativa, barata, eficaz, sencilla, con un buen perfil de seguridad y con un alto grado de satisfacción por parte del paciente, al evitar los defectos estéticos y funcionales de una cirugía reconstructiva.

10. CARCINOMA ESPINOCELULAR EN UN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO EN TRATAMIENTO CON VORICONAZOL

R. Carrascosa^a, G.E. Solano López^a, E. Vargas^a, Y. Delgado^a,
J. Fraga^b y A. García Díez^a

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

Introducción: Los pacientes con inmunosupresión crónica, especialmente trasplantados, reciben múltiples tratamientos antimicrobianos de forma profiláctica. El voriconazol es un antifúngico triazol, de amplio espectro, usado en el tratamiento y prevención de

infecciones fúngicas sistémicas graves, que incluyen *Aspergillus*, *Fusarium*, *Candida* y *Scedosporium species*. Sus efectos adversos más frecuentes son: alteraciones visuales, elevación de enzimas hepáticas y reacciones cutáneas. Recientemente, se ha asociado su uso prolongado con un aumento en la incidencia de carcinomas cutáneos agresivos, especialmente carcinomas espinocelulares.

Caso clínico: Varón de 30 años, con fibrosis quística, que en 1998, a los 17 años, recibió un trasplante bipulmonar. Se le pautó tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, prednisona y micofenolato mofetilo. En 2007 secundario a tuberculosis y aspergilosis pulmonar, requirió una lobectomía inferior derecha e inició tratamiento con voriconazol. En 2011, después de 3 años de tratamiento con voriconazol, desarrolló un nódulo de crecimiento rápido en región parietal izquierda, y múltiples queratosis actínicas en el resto del cuero cabelludo. La biopsia cutánea mostró un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, que se extirpó completamente, mediante cirugía micrográfica de Mohs. En este momento se suspendió el tratamiento con voriconazol. Tres meses después, la lesión recidivó en la zona próxima al injerto, invadiendo la tabla craneal externa. Se realizó extirpación, incluyendo osteotomía, con bordes quirúrgicos libres. Sin embargo, desarrolló metástasis ganglionares cervicales bilaterales, que fueron tratadas con linfadenectomía y radioterapia coadyuvante. Tras 6 meses libre de enfermedad, presentó recidiva cervical derecha con extensión microscópica a tejidos blandos, que se extirpó completamente. Actualmente está pendiente de tratamiento adyuvante posterior.

Conclusiones: Los pacientes inmunosuprimidos (mayoría trasplantados) desarrollan más frecuentemente tumores cutáneos, que son más agresivos, que los pacientes inmunocompetentes. Recientemente se ha relacionado el tratamiento prolongado con voriconazol en estos pacientes con el desarrollo de carcinomas cutáneos agresivos. Al igual que en nuestro paciente, los tumores cutáneos más frecuentes son carcinomas espinocelulares localizados en áreas fotoexpuestas (cabeza, cuello y dorso de manos). Pese al limitado número de casos descritos, existe una evidencia creciente de que en estos pacientes sería recomendable un seguimiento estrecho y medidas de protección solar.

11. COLGAJO COMBINADO DE AVANCE-ROTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA VERTIENTE NASAL

L.C. Arango Duque, J.C. Santos Durán, J.M. Mir Bonafé, M.T. Alonso San Pablo y E. Fernández López

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

Introducción: La nariz es la región facial más frecuentemente afectada por el cáncer cutáneo. En su reconstrucción, además de la localización y el tamaño del defecto, se deben considerar la limitada laxitud de la piel, la simetría, las superficies cóncavas y convexas, la abundante concentración de glándulas sebáceas y las unidades estéticas que la conforman.

Material y métodos: Realizamos cirugía de Mohs en un paciente con un carcinoma basocelular infiltrante localizado en el lateral y el dorso nasal. Para la reconstrucción del defecto, diseñamos un colgajo combinado, usando un avance trapezoidal de mejilla ipsilateral, con puntos en suspensión para mantener la concavidad, que permitió cerrar la mayor parte del defecto. La reconstrucción se completó con un colgajo de rotación de dorso y pared lateral nasal contralateral.

Resultados: La reconstrucción fue satisfactoria, en un solo tiempo, con resultados estéticos y funcionales adecuados. No hubo complicaciones.

Discusión: La reconstrucción nasal constituye un reto para el dermatólogo; los cierres directos, la curación por segunda intención, los injertos y los colgajos pueden usarse para este fin. Estos últimos, asemejan apropiadamente el color de la piel, tienen su propia vascularización, dan un buen resultado estético, y son considerados por muchos,

superiores a otros tipos de reconstrucción. La elección del mismo depende de la localización, forma y tamaño del defecto y también de la experiencia y preferencias del cirujano. Los defectos de gran tamaño del dorso y vertiente nasal, como en nuestro caso, pueden ser reconstruidos además, mediante colgajos complejos o combinados como el de interpolación de frente, de avance bilateral melo-labial, de avance dorsal horizontal, entre otros, obteniéndose en la mayoría de los casos, mejores resultados estéticos y funcionales.

Conclusiones: Presentamos un paciente con defecto de la vertiente y el dorso nasal de gran tamaño, reconstruido mediante la combinación de un colgajo de avance de mejilla y de rotación del dorso nasal, técnica novedosa, que constituye una buena alternativa para reconstruir defectos similares.

12. CIRUGÍA TOPOGRÁFICA DE LA MEJILLA

N. Cano Martínez, L. Barchino Ortiz, C. Ciudad Blanco, C. Ceballos Rodríguez y R. Suárez Fernández

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

Introducción: La mejilla es una zona muy amplia limitada anatómicamente en su zona medial por el surco nasofacial y borde de los labios y lateralmente por el surco auricular anterior. El límite superior es el arco cigomático y surco orbitario inferior y el inferior el borde libre de la mandíbula. Se puede subdividir en tres regiones anatómicas: anterior, maseteroparotídea y mandibular.

Caso clínico: Se presentan diferentes colgajos cutáneos realizados en nuestro servicio, tras la extirpación de patología tumoral con control de márgenes libres, para reconstrucciones de las diferentes regiones de la mejilla. En la región anterior se han empleado colgajos de avance y doble avance, escondiendo las incisiones en el surco nasogeniano e infraorbitario, doble Limberg para defectos grandes de la zona central de la región anterior de la mejilla y colgajo bilobulado en la zona del canto interno de la región anterior de la mejilla. En la zona masetero-parotídea se han realizado colgajos de avance y avance rotación utilizando el pliegue auricular anterior para esconder la incisión e injerto de Burow y segunda intención para reconstruir defectos de gran tamaño. En la zona mandibular, el colgajo bilobulado y de Limberg han permitido reconstruir grandes defectos con piel de la zona submandibular. En todos los pacientes se objetivó un favorable postoperatorio y resultados estéticos óptimos. La elasticidad de la piel de la mejilla permite que las reconstrucciones puedan realizarse empleando piel de la vecindad. Es importante que en los colgajos se utilice piel de las mismas subunidades anatómicas del defecto. La importancia de la dirección de las tensiones en el colgajo permite evitar tensiones que deriven en ectropión, eclavio o asimetría en los surcos nasolabiales. Las incisiones ubicadas en el surco nasogeniano, surco nasolabial, límite del mentón, surco preauricular o reborde inferior de la órbita permiten obtener cicatrices imperceptibles.

Conclusiones: Se muestran diferentes opciones reconstructivas complejas en las tres regiones anatómicas de la mejilla. Se ha realizado un planteamiento cuidadoso con la finalidad de no saltar territorios anatómicos diferentes, esconder las incisiones en los surcos, arrugas y líneas de tensión de la piel relajada y evitar tensiones que causen ectropión, eclavio o asimetría de los surcos nasolabiales.

13. COLGAJO DE ABBÉ. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F.M. Almazán Fernández, S. Arias Santiago, J.E. Castillo Márquez y P. Medina Reborio

Hospital General de Baza. Granada. España.

Introducción: El colgajo de Abbe está diseñado para buscar la reparación de defectos de todo el espesor del labio superior mediante la rotación de una porción del labio inferior.

Caso clínico: Varón de 68 años, sin alergia a medicamentos conocida y con antecedentes personales de EPOC grado 3 e Hipertensión arterial; consultó por tumor de rápido crecimiento en labio superior, sangrante y que le dificultaba la alimentación. A la exploración se apreciaba tumor nodular ulcerado excrecente, que ocupaba más de 2/3 del labio superior. Se procedió a la extirpación del tumor bajo anestesia general. Dado el tamaño tumoral, se decidió reparar el defecto mediante un colgajo por rotación utilizando parte del labio inferior para cubrir todo el espesor labio superior. El paciente estuvo 2 semanas con ambos labios unidos hasta que, finalmente mediante anestesia local, procedimos a la separación del pedículo.

Discusión: El colgajo de Abbé es un tipo de colgajo de espesor total (piel, músculo y mucosa) que permite la reconstrucción de defectos labiales, ofreciendo la reposición inmediata del aspecto total del labio. Consiste en la obtención de un colgajo heterolabial pediculado en una arteria coronaria que reparará el defecto del labio opuesto al rotar 180°. Se requiere un especial cuidado en las suturas cutáneo-mucosas para no comprometer la irrigación sanguínea a través del pedículo. En un segundo tiempo quirúrgico se divide el pedículo pasados 12 días aproximadamente.

14. NUEVOS ANTICOAGULANTES: QUÉ DEBEMOS SABER

B. García Bracamonte, S. Gallego Álvarez, J. Sanz, M. Castellanos y F. Vanaclocha

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

Introducción: Después de 50 años en que el único anticoagulante oral existente era la warfarina (antagonista de la vitamina K), se han comercializado nuevos anticoagulantes cuyo uso es probable que vaya en aumento. El objetivo de este trabajo es revisar la literatura existente para conocer cuáles son las recomendaciones actuales de manejo de dichos fármacos en cirugía dermatológica

Discusión: Dabigatrán (Pradaxa; inhibidor directo de la trombina, vida media de 14-17 h) y Rivaroxabán (Xarelto; inhibidor del factor Xa, vida media 8-9 h) son los 2 anticoagulantes orales que debemos conocer. Son fármacos de rápido inicio de acción, efecto predecible (actúan sobre una diana específica de la cascada de la coagulación), que no precisan de controles rutinarios y con un bajo potencial de interacciones con fármacos y alimentos. Su dosis se ajusta según la función renal. Dabigatran está indicado en pacientes con fibrilación auricular no valvular con uno o más factores de riesgo asociados de riesgo tromboembólico, sobre todo en pacientes polimedicados o con INR inestable.

Conclusiones: La recomendación actual es, que al igual que se hace con el sintrom, lo más razonable es mantenerlos en caso de intervención por cirugía dermatológica, extremando la hemostasia y la vigilancia del posible sangrado postoperatorio, sobre todo en mayores de 75 años. En el caso poco probable en que se prevea un riesgo alto de sangrado, en el que el balance riesgo/beneficio entre la prevención de evento tromboembólico/sangrado quirúrgico aconsejen su suspensión temporal, se deben interrumpir poco antes de la intervención (Dabigatran 2 dosis y Rivaroxaban 1 dosis) y reintroducirlo 24 h tras la cirugía, aunque estas recomendaciones varían en función del aclaramiento de creatinina (que es el factor que modifica la vida media de los fármacos) y del riesgo tromboembólico del paciente. Dada su farmacocinética y su rápido inicio de actuación no es necesaria la terapia puente con heparinas de bajo peso molecular salvo en aquellos pocos pacientes que no toleren la medicación oral. Se trata de recomendaciones de expertos deducidas del conocimiento de su farmacocinética y de datos obtenidos de los ensayos.

15. COLGAJO RETROAURICULAR DE ISLA EN “PUERTA GIRATORIA”: EXCELENTE RESULTADO FUNCIONAL Y ESTÉTICO EN DOS PACIENTES INTERVENIDOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO

C. Mendoza, G. Romero, M. García Arpa, P. Sánchez Caminero y E. de la Cruz

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

Introducción: El pabellón auricular es una localización frecuente del cáncer de piel, siendo la cirugía el tratamiento de elección. Se han descrito numerosas técnicas para la reconstrucción de defectos cutáneos de la concha auricular. El injerto de piel total (IPT) y los colgajos retroauriculares como el de isla en “puerta giratoria” (PG) son probablemente las más empleadas, siendo en ocasiones el cierre por segunda intención una alternativa a las mismas.

Caso clínicos: Caso 1: mujer de 71 años de fototipo III con lesión tumoral de 4 años de evolución en concha oreja derecha de 2 cm. de diámetro, que se introducía en porción externa CAE, clínicamente compatible con carcinoma basocelular. Se realizó exéresis bajo anestesia local y reconstrucción mediante colgajo de isla en PG. Caso 2: varón de 80 años de fototipo II, que consultó por lesión tumoral de 6 meses de evolución en concha de oreja derecha, con extensión a trago y región preauricular. Se practicó biopsia, confirmando que se trataba de un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Realizamos exéresis con 5 mm de márgenes incluyendo cartilago auricular, y reconstrucción mediante colgajo de isla en PG combinado con avanzamiento de piel preauricular.

Conclusiones: El colgajo de isla en PG, descrito por Masson en 1972, es útil para la reconstrucción de defectos de la concha auricular especialmente en tumores grandes que precisan de la extirpación del cartilago subyacente. Su principal complicación es la necrosis, siendo poco frecuente dada su buena vascularización. Presenta varias ventajas respecto al IPT o al cierre por segunda intención: menor distorsión de la anatomía auricular con mejor resultado estético, aporta mayor rigidez a la concha y mayor comodidad al paciente durante el postoperatorio. Además es posible realizarlo bajo anestesia local en pacientes colaboradores, y a pesar de su aparente complejidad, su ejecución no resulta difícil tras el aprendizaje de la técnica quirúrgica.

16. COLGAJO DE AVANCE BILATERAL MODIFICADO

T. Usero Bárcena, J.C. Santos Durán, S. Blanco Barrios, J. Cañueto Álvarez y E. Fernández López

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

Introducción: El colgajo de avance bilateral modificado es una opción a la hora de cerrar defectos cutáneos redondos reduciendo el desplazamiento y ahorrando tejido sobre las técnicas convencionales, al combinar los principios de avance y transposición, favoreciendo de esta forma la supervivencia del colgajo.

Material y métodos: Extirpamos un carcinoma basocelular en una paciente de 80 años, dejando un defecto circular que triangulamos en la parte inferior de 4 x 5 cm de diámetro, en región cigomática derecha. Dibujamos de forma vertical una prolongación a cada lado del defecto en dirección ascendente de aproximadamente 1,5 veces la longitud del defecto, curvándolas ligeramente hacia el exterior del colgajo. Caudalmente realizamos un dibujo simétrico y despegamos por el plano subcutáneo. Suturamos los 2 vértices del colgajo inferior entre sí y posteriormente suturamos la región superior de éste a la región central del superior, dando un primer punto de sutura que una los 2 vértices del colgajo inferior a la región central del superior. Por último se sutura los laterales del colgajo desde el centro hacia los extremos realizando dos triángulos de descarga inferiores.

Resultados: Hemos cerrado un defecto circular en región cigomática con una plastia sencilla que no precisa grandes movilizaciones de tejido, con aceptable resultado estético. **Discusión:** El colgajo de avance bilateral modificado es una técnica relativamente sencilla realizada por Marwali Harahap, que aporta una opción para cerrar defectos con menor tensión al reducir el desplazamiento de tejido. Por estas características la supervivencia del colgajo sería mejor que la del colgajo de avance clásico. No obstante es un colgajo que descansa sobre otro colgajo, por tanto aunque en la cara y el cuello da resultados muy buenos debido a las características del plexo vascular subcutáneo de estas zonas, no se recomienda para otras localizaciones. Como inconvenientes cabe destacar el aumento de la longitud de la cicatriz.

Conclusiones: Presentamos un caso de cierre de defecto circular de 4 x 5 cm de diámetro en cara mediante colgajo de avance bilateral modificado, con buen resultado estético y escasa comorbilidad.

17. SUTURA REFORZADA: UNA PERLA QUIRÚRGICA

M. Contreras Steyls^a, F. Russo^b, J. Delgado^b y A. Collado^b

^aHospital Regional de La Línea de La Concepción. Cádiz.

^bHospital Punta Europa de Algeciras. Cádiz. España.

La cirugía de la piel constituye una parte esencial de la labor diaria del dermatólogo, quien, sin duda, es el especialista que posee el mayor conocimiento para discernir entre la benignidad o malignidad clínica de una lesión cutánea. La cirugía dermatológica se fundamenta en la incisión perpendicular de la piel hasta alcanzar, al menos, el tejido celular subcutáneo. Para obtener los mejores resultados en la práctica quirúrgica dermatológica debemos disponer de una sala quirúrgica con instrumental adecuado y combinar los conocimientos anatómicos con las mejores indicaciones técnicas tanto para la extirpación como para su posterior reconstrucción. De tal forma que el arte de desplazar los tejidos para cerrar defectos con un diseño y labrado correctos marcará la diferencia en el quehacer quirúrgico del dermatólogo. En la mayor parte de la superficie corporal existe una tensión cutánea que es mayor en una dirección, la de las líneas de tensión de la piel relajada que casi siempre coinciden con las líneas producidas por las arrugas. Por tensión entendemos la fuerza que actúa sobre una cicatriz lineal y tiende a ensancharla. Hay situaciones en las que el cierre directo de un defecto, ya sea por el tamaño de éste o por la localización anatómica, produciría tal tensión que probablemente desgarrar los bordes de la herida quirúrgica. Es en estos casos donde la sutura de aproximación reforzada puede ser una alternativa eficaz. Consiste en la interposición entre la piel y la seda de un objeto resistente que sea el que soporte la tensión de la sutura. Clásicamente este tipo de sutura se ha realizado con botones estériles, pudiéndose usar también diversos tipos de sondas estériles. Presentamos varios casos de intervenciones quirúrgicas usando la sutura reforzada.

18. ELASTOFIBROMA DORSAL. UNA PATOLOGÍA ¿DERMATOLÓGICA?

J. Navas Ramírez, V. Marco Estevan y F. Toledo Alberola

Servicio de Dermatología. Hospital de Torrevieja. Alicante. España.

Introducción: El elastofibroma dorsal es un tumor benigno infrecuentemente reportado en la literatura dermatológica con hallazgos clínicos típicos. Su extirpación presenta una dificultad notable en ciertos casos que no siempre puede ser prevista por los estudios de imagen prequirúrgicos.

Caso clínico: Varón de 56 años con lesión subcutánea en espalda de crecimiento paulatino tributaria de extirpación quirúrgica.

Conclusiones: Se comenta la dificultad quirúrgica del elastofibroma dorsal y las peculiaridades de la disección y técnicas que debemos conocer para acceder al tratamiento de dicha patología así como la casuística de nuestro hospital, valorando la realización de protocolos para el manejo de formaciones subcutáneas que progresivamente van a ser competencia de la cirugía dermatológica.

19. CARCINOMA EPIDERMÓIDE RECURRENTE DE LARGA EVOLUCIÓN

R. Miñano, F.J. Salamanca, J.G. Álvarez, M. Andreu y J.L. López Esteban

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la 2ª neoplasia cutánea más frecuente. Se estima una tasa anual en España de entre 72 por 100.000 habitantes en mujeres y 100,8 por 100.000 habitantes en varones. El manejo de estos tumores depende de factores de riesgo recogidos en la última clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Caso clínico: Paciente varón de 72 años intervenido quirúrgicamente en marzo de 2004 por el servicio de otorrinolaringología por presentar un CEC microinfiltrante en el conducto auditivo externo derecho, realizándose tratamiento con radioterapia postquirúrgica por bordes afectos. El estudio de extensión fue negativo. Acudió al servicio de dermatología en mayo de 2004 para seguimiento y tratamiento de múltiples queratosis actínicas. En mayo de 2005 se diagnosticó un CEC in situ en el pabellón auricular y región preauricular. Se inició tratamiento con 2 sesiones de terapia fotodinámica (TFD) con buena respuesta clínica pero mala tolerancia. Desde ese momento ha presentado 2 nuevos CEC in situ en la misma localización en 2006 y 2009. Siendo tratado con Imiquimod 5% crema, 5 Fluoracilo 5% crema con respuesta clínica variable. En marzo 2012 es diagnosticado de CEC infiltrante en pabellón auricular. Se realizó extirpación del CEC infiltrante mediante cirugía con control periférico de bordes (cirugía de Mohs diferido), presentando siempre afectación del borde periférico con CEC in situ. En junio de 2012 se realizaron 2 nuevas sesiones de TFD sobre la región auricular y preauricular con buen control clínico.

Conclusiones: Existen múltiples modalidades de tratamiento disponibles para el CEC in situ, cirugía, curetaje y electrocoagulación, crioterapia, 5-fluoracilo, imiquimod 5%, terapia fotodinámica, láser, radioterapia. La evidencia disponible para su uso protocolizado es limitada. El manejo de CEC recurrentes en localizaciones anatómicas de alto riesgo plantea un desafío terapéutico en casos como el presente.