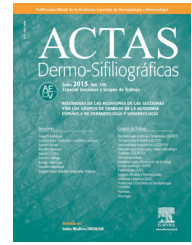




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

## XXVI Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET) Bilbao, 7 y 8 de noviembre de 2014

### Ponencias

#### 1. USO DE SUERO AUTÓLOGO RICO EN PLAQUETAS PARA LA ALOPECIA ANDROGÉNICA FEMENINA

I. Burón Álvarez

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

La alopecia androgénica femenina y la pérdida de pelo de patrón femenino son consultas frecuentes en dermatología para las que no existe aún un tratamiento plenamente satisfactorio. Los dermatólogos buscamos nuevas terapias que puedan ayudar a tratar estos procesos. El uso de suero autólogo en dermatología se aplica en numeroso procesos como úlceras cutáneas y rejuvenecimiento facial. Mostramos aquí los resultados de un estudio de 10 pacientes con pérdida de pelo de patrón femenino con plasma autólogo rico en plaquetas (PRP). Aplicamos PRP a 10 pacientes en un hemicráneo. Se realizan cuatro sesiones a intervalos de un mes, inyectando el suero en dermis. Para valorar los resultados utilizamos: 1) Valoración de macrofotografías por dos observadores independientes al estudio. 2) Encuesta de valoración subjetiva a los pacientes con respecto a la mejoría en la caída, cantidad de pelo y grosor del mismo, en el lado tratado y no tratado, al finalizar el tratamiento y a los seis meses del mismo. 3) Comparación de imágenes dermatoscópicas antes y después del tratamiento. En todos los métodos de valoración encontramos diversos grados de mejoría.

#### 2. TATUAJES: ¿OPTIMIZAR O INVERTIR? HE AHÍ EL DILEMA

I. Querol Nasarre e I. Pastushenko

*Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.*

**Introducción:** Durante más de 20 años los láseres Q-switched (con ancho de pulso el rango de los nanosegundos) han sido los dispositi-

vos médicos de referencia para la eliminación de tatuajes. Sin embargo el procedimiento con gran frecuencia resulta dificultoso, precisa numerosas sesiones de tratamiento e incluso puede resultar ineficaz especialmente para algunos colores o localizaciones. Recientemente han aparecido nuevos dispositivos, con ancho de pulso en el rango de los picosegundos, que parecen resultar ventajosos sobre los anteriores, disminuyendo el número de sesiones de tratamiento y aumentando la eficiencia en la eliminación de la tinta de los tatuajes. Sin embargo su elevado precio sin duda resulta un factor limitante a la hora de valorar la coste/efectividad de los tratamientos practicados con los mismos. Por ello, y antes de tomar la decisión de adquirir uno de estos dispositivos, recomendamos realizar un análisis de mercado, financiero y técnico, y valorar las alternativas.

**Estudio de mercado:** Oportunidad: al parecer existe un acuerdo unánime en que “*destatuarse es tendencia*”. En las últimas décadas, el número de personas que decidieron hacerse un tatuaje en su piel ha sido muy elevado. Como consecuencia de ello, en los próximos años, el número de personas que vayan a decidir eliminarlo va a crecer de forma muy significativa, principalmente por motivos laborales, estéticos y de cambios en la vida afectiva, en la ideología o en las creencias. Amenaza: los propios centros de tatuaje, ofrecen cada vez con más frecuencia servicios de eliminación de tatuajes. Además, junto a los clásicos láseres Q-switched y a los nuevos láseres de picosegundo, están irrumpiendo en el mercado nuevas máquinas de bajo coste destinados a gabinetes de estética que probablemente tengan un fuerte impacto en el mercado. Al mismo tiempo, otros procedimientos de eliminación de tatuajes basados en la inyección intradérmica de sustancias químicas están irrumpiendo en este mercado.

**Análisis financiero:** Antes de realizar la compra de un nuevo dispositivo para nuestros centros, deberíamos realizar un completo estudio financiero, debiendo valorarse entre otros parámetros el TIR y el VAN de la inversión. Para una inversión de unos 200.000€, el *Cash Flow* anual no debería ser inferior a 35.000€, si queremos obtener una rentabilidad en torno al 10%. Para el cálculo del *Cash Flow* deberíamos contar tanto los ingresos, abonados por nuestros pa-

cientes, como los egresos, incluyendo entre estos los gastos de financiación, laborales, mantenimiento del equipo, instalaciones, luz, etc.

**Análisis tecnológico:** Las principales ventajas que aportan los láseres de picosegundo, es que su menor ancho de pulso incrementa el efecto fotoacústico sobre las pequeñas partículas de tinta, la mayoría de las cuales son menores de 0,1 micras. En contrapartida, suministran una menor fluencia, y en consecuencia tienen proporcionalmente un menor efecto fototérmico. Para suministrar una fluencia efectiva, debe reducirse el tamaño del spot, lo que favorece la dispersión de la luz del láser. Además, no demos olvidar que al ancho de pulso de estos nuevos láseres es de 300-500 a 700-900 picosegundos (0,3-0,9 nanosegundos), más o menos la décima parte de la de los láseres Q-switched convencionales, y, a igual fluencia, los estudios experimentales no muestran grandes diferencias respecto al efecto fototérmico en este rango. Por otra parte, los generadores de luz láser de picosegundo, que se conocen desde hace más de dos décadas, son muy inestables, y en consecuencia es previsible que su mantenimiento sea más costoso y delicado. Finalmente no existen todavía en la literatura estudios amplios de casos tratados con los nuevos láseres de picosegundo, ni tampoco estudios comparativos (mitad y mitad) entre láseres de picosegundo y láseres de nanosegundo. Como contrapartida, y paralelamente a la incorporación de estos nuevos dispositivos, en los últimos años se han venido publicando nuevas propuestas metodológicas de cara a mejorar la eficiencia de la eliminación de tatuajes con los clásicos láseres q-switched, entre las que destacamos: 1) Valoración adecuada de cada caso, aplicando la escala de Kirby-Desai. 2) Técnicas multipase, destacando la denominada R20 y la repetición de pases tras aplicación de perfluorodecalina. 3) Combinación con otros láseres (especialmente laser fraccionado de erbio y CO2) o con otros procedimientos como el *microneedling*. 4) Disminución de la dispersión óptica de la luz láser, mediante la aplicación de glicerol u otras sustancias. 5) Aplicación de la luz láser sobre cristal, para aplanar y comprimir la piel y en consecuencia disminuir su contenido hemático, disminuyendo el dolor y el daño térmico inespecífico. 6) Combinación del tratamiento láser con imiquimod u otros fármacos que faciliten la eliminación de las partículas de tinta por vía linfática.

### 3. TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

M. Ribera Pibernat

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona. España.*

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente, que afecta a las zonas donde predominan las glándulas sudoríparas apocrinas, especialmente las axilas, las ingles y la región anogenital. Clínicamente se caracteriza por la presencia de nódulos subcutáneos dolorosos, que acaban evolucionando a abscesos y trayectos fistulosos supurativos con formación de cicatrices hipertróficas. La etiopatogenia del proceso es compleja, en la que participan factores genéticos, fragilidad folicular y desbalance de la inmunidad innata. La enfermedad tiende a manifestarse a partir de la segunda o tercera décadas de la vida y el deterioro de la calidad de vida de los enfermos es muy importante. Para su tratamiento, se debe clasificar al paciente según el grado evolutivo en el que se encuentra su enfermedad, según los estadios de Hurley. Antes que nada es fundamental recomendar una higiene local correcta, reducir el peso hasta el recomendado, usar ropa ancha, dejar de fumar y recomendar buscar apoyo en las asociaciones de pacientes. Aunque no hay consenso a la hora de elegir el tratamiento, está claro que el objetivo es detener la progresión de la enfermedad, disminuir el número de recidivas y evitar el dolor, la supuración crónica y la formación de trayectos fistulosos. Se considera que en las fases

iniciales el paciente puede beneficiarse de un tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios con abordaje quirúrgico conservador posterior. En las fases más evolucionadas, a pesar de las múltiples opciones terapéuticas que se manejan, la escisión quirúrgica amplia es la única alternativa que se muestra eficaz para curar de una manera definitiva la enfermedad. En la fase aguda de los estadios iniciales se recomienda el tratamiento médico con amoxicilina-ácido clavulánico, corticoides intralesionales o tetraciclinas a altas dosis. En el tratamiento de mantenimiento se han obtenido buenos resultados con la combinación de rifampicina y clindamicina durante 10 semanas, lo que permite remisiones de hasta algunos meses. En los últimos años se han publicado buenos resultados para controlar la inflamación con los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (infiximab, etanercept, adalimumab) y recientemente con ustekinumab. Sin embargo, en la mayoría de casos funcionan sólo durante el tratamiento y la mejoría se alarga pocos meses después de discontinuarlos. Aunque el control de la inflamación que consiguen puede ser interesante antes de la cirugía. El tratamiento quirúrgico debe realizarse con celeridad para evitar la progresión de las lesiones a un estado inoperable, inicialmente puede ser conservador con escisión y cierre simple en lesiones iniciales y localizadas. Para estadios más avanzados deben utilizarse técnicas más radicales, con amplia resección del tejido afectado y cierre mediante segunda intención. Para conseguir el mejor control de la hidradenitis supurativa y evitar la cronicación con formación de trayectos fibrosos-fistulosos es fundamental el diagnóstico precoz. Para ello es preciso difundir el conocimiento de la enfermedad a médicos de atención primaria, médicos de servicios de urgencias y cirujanos. Estos especialistas muchas veces son los primeros que visitan a los pacientes en las fases iniciales y por desconocimiento de la enfermedad y de su pronóstico son responsables de la demora diagnóstica y terapéutica.

### 4. PÁPULAS VISIBLES POR RELLENO DE ÁCIDO HIALURÓNICO

E. Roó Rodríguez

*Hospital Sur Alcorcón. Madrid. España.*

En los últimos años se ha producido un aumento en la realización de los procedimientos de rejuvenecimiento no quirúrgico. Entre ellos destacan los tratamientos de reposición de volumen y corrección de arrugas con materiales de relleno, siendo el ácido hialurónico reticulado el producto más utilizado. Este incremento ha traído consigo un aumento en el número de pacientes que presentan complicaciones atendidas en consultas de dermatología. Uno de los efectos adversos más frecuentes es la presencia de pápulas o nódulos visibles debidos a la implantación demasiado superficial del ácido hialurónico o por utilizar un volumen excesivo del producto. Este hecho es especialmente frecuente en la corrección de ojeras. A pesar de tratarse de un material reabsorbible, estas pápulas pueden persistir durante más de uno o dos años. La hialuronidasa es una enzima natural que provoca la hidrólisis del ácido hialurónico. Se utiliza para la hipodermoclixis, mejorar la absorción y dispersión de fármacos como anestésicos y quimioterápicos, mejorar la dispersión de fármacos radiopacos y en el bloqueo retrobulbar en cirugía oftálmica. La inyección subcutánea de hialuronidasa permite disolver el ácido hialurónico reticulado y resolver esta complicación, aunque se trata de una indicación no aprobada. En España no disponemos de ningún preparado comercial del producto, debe formularse en viales de 150 U y el preparado disponible en nuestro país es de procedencia bovina. Se expone la técnica de inyección, eficacia y seguridad de la hialuronidasa para esta indicación así como nuestra experiencia en su uso.

#### Bibliografía

Bailey S, Fagien S, Rohrich RJ. Changing Role of Hyaluronidase in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133:27e-133e.

Cavallini M, Gazzola R, Metalla M, Vaianti L. The role of hyaluronidase in the treatment of complications from hyaluronic acid dermal fillers. *Aesthetic Surg J.* 2013;33:1167-74.

Lee A, et al. Hyaluronidase. *Dermatol Surg.* 2010;36:1071-7.

Rao V, Chi S, Woodward J. Reversing facial fillers: Interactions between hyaluronidase and commercially available hyaluronic acid-based fillers. *J. Drugs Dermatol.* 2014;13:1053-6.

Rzany B, Becker-Wegerich P, Bachmann F, Erdmann R, Wollina U. Hyaluronidase in the correction of hyaluronic acid-based fillers: A review and a recommendation for use. *J Cosmetic Dermatol.* 2009;8:317-23.

## 5. TERAPÉUTICA CONSERVADORA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MIXOIDES DIGITALES

L. Salgado-Boquete y J.C. de la Torre Fraga

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. España.*

**Introducción:** En el tratamiento de los quistes mixoides digitales (QMD) se emplean diferentes técnicas quirúrgicas y conservadoras, la mayoría de ellas con altas tasas de recurrencia y algunas con una importante morbilidad.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la escleroterapia percutánea con polidocanol como tratamiento de los QMD.

**Material y métodos:** Procedimiento: 1) Limpieza con clorhexidina del área a tratar. 2) Punción de la lesión y vaciado del contenido tras expresión manual. 3) Infiltración con polidocanol al 2% hasta rellenar completamente la cavidad quística. 4) Cura con vendaje compresivo. Se han recogido prospectivamente datos epidemiológicos de los pacientes (p) tratados, las características clínicas de las lesiones y los tratamientos previos. Se han realizado evaluaciones bimestrales de eficacia, considerando respuesta completa (RC) la desaparición completa de la lesión y respuesta parcial (RP) la disminución del tamaño de la lesión inicial en al menos un 50%. En aquellos casos de RP se ha repetido el procedimiento hasta conseguir la RC. Se ha evaluado la tolerancia subjetiva al procedimiento y los efectos adversos (EA) secundarios al mismo.

**Resultados:** Desde septiembre de 2013 se han tratado 11 lesiones en 9 p. Edad de los p: mediana 58 años, rango (44,71). Localización de las lesiones: 10 en dedos de manos, 1 en dedo de pie. Tamaño inicial de las lesiones: rango (3,8) mm. Tratamientos previos: 4 p ningún tratamiento, 4 p cirugía, 1 p cirugía y crioterapia. Se ha observado RC o RP en todos los casos tras la primera infiltración. Número de infiltraciones requeridas hasta la RC: entre 1 y 3. Todas las infiltraciones excepto una se han realizado sin anestesia previa y no se han registrado EA graves tras el procedimiento.

**Conclusiones:** La escleroterapia percutánea con polidocanol ha sido una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los QMD en nuestros pacientes.

## 6. NUEVA APLICACIÓN DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUELOIDES

M.J. Suárez-Valladares y M.A. Rodríguez-Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. España.*

**Introducción:** Los queloides son cicatrices que se extienden de manera anormal más allá del proceso reparativo. Pueden ser asintomáticas, aunque la mayoría provocan dolor y prurito y además suelen tener un impacto funcional, estético y psicosocial en el paciente. Es una patología de difícil manejo por su resistencia a los tratamientos y alta tasa de recidiva, por lo que no existen protocolos aceptados para su manejo. A continuación proponemos nuestra alternativa terapéutica.

**Casos clínicos:** Presentamos una serie de casos clínicos de cicatrices queloides en diferentes localizaciones. Los pacientes fueron

tratados primero con aplicación de ALA, bien de forma tópica (gel formulado) o intralesional (líoilizado). Posteriormente con irradiación externa o intralesional con luz láser de 630 nm. Hemos conseguido buenos resultados, como se puede observar en nuestra presentación.

**Discusión:** Los queloides son tumores fibroepiteliales benignos producidos por una alteración en el metabolismo del colágeno, causando acúmulo de tejido en la zona de reparación cicatricial. Su manejo es muy complejo, probablemente por el desconocimiento de su etiología. La técnica más empleada suele ser la infiltración de corticoides en la cicatriz, con una elevada tasa de recidiva. Además se han empleado otros tratamientos como la cirugía, la radioterapia desestimada por sus efectos oncogénicos, la crioterapia o los parches de colágeno como coadyuvantes y otras muchas alternativas, incluyendo la combinación de varias técnicas. Lo cierto es que existen muchas opciones pero con resultados poco exitosos. Proponemos el empleo de ALA junto al láser de luz roja como una alternativa esperanzadora para el tratamiento de estas lesiones.

## 7. TRATAMIENTO DE LA NECROBIOSIS LIPOÍDICA ULCERADA

F. Valcuende Cavero y L. Mahiques Santos

*Hospital Universitario de la Plana. Vila-Real. Valencia. España.*

La necrobiosis lipóidica es una enfermedad granulomatosa que se presenta con mayor frecuencia en pacientes diabéticos. Aparecen placas de centro atrófico, de color amarillentomarrónáceo, con un borde más oscuro, localizadas preferentemente en área pretibial. En alrededor de un 35% de los pacientes se produce ulceración en la zona atrófica, bien espontánea o debida a traumatismos. La ulceración es difícil de tratar, responde mal a tratamientos convencionales para las úlceras y en la literatura se han descrito numerosos tratamientos tópicos y sistémicos. Presentamos un caso de una paciente de 41 años de edad, no diabética, con placas pretibiales de necrobiosis lipóidica, confirmada histopatológicamente. La placa de la pierna derecha sufrió una ulceración extensa sin respuesta a tratamientos convencionales. Después de realizar una revisión bibliográfica de los diversos tratamientos, optamos por hidroxycloquinina, a dosis de 400 mg/d con respuesta desde el primer mes, consiguiendo en 3 meses el cierre completo de la úlcera y franca mejoría de la placa de necrobiosis.

## 8. FÁRMACOS Y EMBARAZO

E. Jiménez Blázquez

*Hospital Universitario de Guadalajara. España.*

La elección del tratamiento dermatológico en pacientes embarazadas o en edad de gestación requiere un conocimiento de los riesgos asociados a estos medicamentos. Alrededor del 1% de los defectos congénitos se consideran atribuibles a la exposición a medicamentos durante el embarazo. Aunque la organogénesis (2-8 semanas tras la concepción) es el período más crítico, algunos medicamentos resultan dañinos en otras fases del embarazo. Disponemos de distintos sistemas de clasificación de los riesgos de las drogas, los tres más ampliamente utilizados son: la FDA (*Food and Drug Administration*), la ADEC (*The Australian Drug Evaluation Committee*) y la FASS (*Swedish Catalogue of Approved Drugs*). Sin embargo, se ha comprobado la falta de concordancia entre ellos (solo 26% de las sustancias). Además, la limitación ética de realizar estudios en gestantes hace que se basen en modelos animales cuyos resultados no son siempre extrapolables a los humanos y que muchas de las sustancias se encuadren en la categoría C ("Los beneficios de la droga en la embarazada pueden ser aceptables a pesar de los potenciales riesgos"). Por todo ello, no resultan muy clarificadores a la hora de la prescripción en estas pacientes. Actualmente, se pretende im-

plantar un nuevo sistema de clasificación de riesgos, sistema EBM (Medicina Basada en la Evidencia), con información más detallada y que incluya datos sobre registros de exposición durante el embarazo (Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK. *Drugs during pregnancy at lactation: Treatment options and risk assessment. 2nd edition. Amsterdam: Boston: Academic Press; 2007*). En general, debe sopesarse siempre el riesgo-beneficio, administrar el tratamiento solo si es realmente necesario, procurar demorarlo después del primer trimestre, usar dosis mínima eficaz y evitar medicamentos nuevos y, por supuesto, teratógenos conocidos. Aunque existen pocos estudios sobre teratogenicidad y absorción en tratamientos tópicos, se prefieren como primera línea de tratamiento. Sin olvidar la importancia de realizar un completo e individualizado consentimiento informado.

## 9. DERMATOLOGÍA, FÁRMACOS Y LACTANCIA

R.M. Pujol Vallverdú

*Departamento de Dermatología. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.*

En la práctica diaria, la prescripción por parte del dermatólogo de fármacos tópicos u orales en mujeres durante el período de lactancia puede plantear dudas con respecto a su seguridad e idoneidad. Los datos de seguridad en la lactancia, en particular con respecto a los medicamentos prescritos en Dermatología, son bastante limitados. Debe considerarse que si bien una proporción significativa de fármacos se hallan presentes en la leche materna, en la mayoría de los casos solo se detectan en muy pequeñas cantidades. Solo un número muy limitado de fármacos se hallan formalmente contraindicados durante la lactancia (que no coinciden necesariamente con aquellos fármacos contraindicados durante el embarazo). Las recomendaciones de utilización de fármacos durante el período de lactancia requieren la valoración de algunos factores que incluyen propiedades intrínsecas del fármaco (peso molecular, carácter lipofílico de la molécula, etc.), del propio lactante (prematuridad, bajo peso) y de las características de la administración (frecuencia, volumen) y producción de la leche materna. Muchos fármacos de aplicación tópica pueden prescribirse con toda seguridad durante el período de lactancia (corticoides, minoxidil, lidocaína, permetrina o los derivados de la vitamina D), otros deben ser utilizados con precaución (inhibidores de la calcineurina) y solo algunos fármacos tópicos se hallan formalmente contraindicados (lindane, malation). En todos los casos suele recomendarse evitar su aplicación en la zona del pezón y/o areola mamaria. De forma similar, algunos fármacos orales frecuentemente prescritos en Dermatología están formalmente contraindicados (metotrexato, mofetil micofenolato, ciclofosfamida), mientras que otros (ciclosporina, acitretino, sulfona, rituximab, doxepina, terbinafina, PUVAterapia) deberían evitarse, en la medida de lo posible, durante el período de lactancia. Algunos fármacos deberían utilizarse con ciertas precauciones (antihistamínicos, itraconazol), mientras que en otros casos su prescripción puede considerarse segura, ya que no se han demostrado potenciales efectos secundarios (penicilinas, cefalosporinas, aciclovir, UVB). El elevado peso molecular de algunos fármacos la presencia de niveles significativos en la leche materna (inmunoglobulinas, anticuerpos monoclonales anti-TNF). En algunos casos se recomienda posponer la lactancia algunas horas tras su administración oral (corticoides orales, azatioprina) y en otros su utilización durante la lactancia presenta ciertas controversias (antipalúdicos, quinolonas, tetraciclinas). El conocimiento del perfil de seguridad de los distintos fármacos durante la lactancia resulta importante para establecer pautas y protocolos de actuación terapéutica adecuada que permitan obviar potenciales efectos secundarios, retrasos en la prescripción del tratamiento y evitar en lo posible una interrupción de la lactancia materna.

## 10. BLEFAROLISIS NO ABLATIVA DE LOS PÁRPADOS

J.L. Cisneros Vela y R. del Río Gil

*Clínica Dermatológica y Escuela Disciplinaria de Dermocosmética y Láser. Barcelona. España.*

El tratamiento de los párpados puede abarcar las finas arrugas, los pliegues, los acúmulos grasos adipocitarios submentonarios de los párpados superiores e inferiores y las ojeras de estos, con su componente melánico y hemático por su rica vascularización superficial. Para ello, utilizamos una metodología que combina un láser de Nd:YAG de 1.064 nm de longitud de onda pulsado de 250 microsegundos, fraccional, no invasivo y con efecto calórico fotomodulador y un láser KTP de 532 nm de longitud de onda de dióxido de carbono calefactado, que desnaturalizan y reducen los adipocitos. Esta técnica está indicada en diversos procesos patológicos dermatológicos y trastornos estéticos, como cicatrices, estrias, rejuvenecimiento, lesiones pigmentadas y vasculares, acné rosacea, onicomiosis, granulomas, fotodepilación del vello y para las arrugas, flacidez y acúmulos grasos cutáneos que es lo que describiremos en este trabajo. No olvidaremos una buena cosmética dermatológica, biológica y adecuada que nos ayude en el tratamiento de cada una de las entidades dermoestéticas que configuran el motivo del artículo. El láser fotona QX-MAX está formado por un láser de Nd:YAG de 1.064 nm longitud de onda, pulsado de 250 microsegundos, fraccional y no ablativo, que utilizaremos en modo "acelera" con efecto fototérmico-modulador, de alta energía y con un haz homogéneo y perfil plano para minimizar los efectos sobre la epidermis. El láser KTP de 582 nm de longitud de onda para las alteraciones pigmentarias. Se puede trabajar con la modalidad Q-Switch de nanosegundos. Con este láser de Nd:YAG de 1.064 nm de longitud de onda en modo "acelera" de 250 microsegundos se pretende que el calor active a los fibroblastos y suerocitos para la formación de colágeno y fibras de elastina mejorando la estructura y calidad de la piel, aplana las arrugas y pliegues cutáneos y calienta los adipocitos facilitando su desnaturalización y reducción de número y volumen. También ejerce su influencia sobre la rica red vascular que atraviesan los párpados e irriga el acúmulo de grasa adipocitaria, cuyas paredes se alternan y provocan la reducción del número de vasos útiles, repercutiendo sobre el buen estado de los adipocitos y disminuyendo el "color" de las ojeras por menor componente vascular y a la vez melánico, pues el láser dificulta la producción de melanina por parte de los melanocitos. Utilizaremos "spots" de impacto de 6-8 mm, 2Hz y energías de 18-20 J/cm<sup>2</sup>. Complementaremos la metodología con la inyección de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) calefactado, para minimizar las molestias al entrar en la dermis a gran presión; esto producirá una vasodilatación y angiogénesis e hiperoxigenación, formando nuevo colágeno, y favorece la cicatrización de la piel y su reconstrucción. La presión y difusión del CO<sub>2</sub> calefactado va a producir los siguientes efectos: hiperdistensión de la piel y automáticamente la estimulación de los baroreceptores de Paccini, que liberarán bradiquinina, cotocolaminas, serotonina e histamina, causantes de la consiguiente retracción de los tejidos, mejorándose las arrugas, pliegues cutáneos, flacidez y mejor arquitectura de la epidermis. La vasodilatación e hiperoxigenación tienen un efecto lipolítico. Se activan los receptores beta-adrenérgicos y adenilciclasa, que provocan un efecto oxidativo e hidrólisis de los triglicéridos adipocitarios con alteración y reducción del acúmulo graso localizado.

## 11. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON IPL EN FOTORREJUVENECIMIENTO FACIAL

J.L. López Estebanz

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Dermomedic. Madrid. España.*

La utilización de sistemas láseres ha sido y es una herramienta escogida en el tratamiento de distintas alteraciones cutáneas por su gran selectividad de diana, pero a la vez es una herramienta limitada por esta misma razón. Con los equipos actuales de IPL es posible emitir bloques más selectivos de longitudes de onda que focalicen la absorción del cromóforo diana según la emisión del aplicador escogido con tipo y ancho de pulso específico para cada estructura. Son sistemas que permiten tratar al mismo tiempo múltiples alteraciones que encontramos en las personas con fotoenvejecimiento cutáneo. Hoy en día estos sistemas IPL se han convertido en el "gold standard" de los tratamientos no ablativos en fotorrejuvenecimiento. El sistema IZPL Elipse MultiFlex+ se diferencia por tener filtros habituales de color masivos, además de un exclusivo y patentado filtro de agua bañando la lámpara de xenón. Ambos tienen la función de evitar la absorción en cromóforos competidores. Con tamaño, volumen, situación y profundidad de las lesiones a tratar. El objetivo es mediante la fototermólisis selectiva actual sobre la diana seleccionada sin dañar el tejido adyacente. El sistema IPL MultiFlex utiliza aplicadores VL de 555 a 950 nm; PR emisión de 530 a 750 nm y PL de 400 a 720 nm, lo que permite actuar de forma específica sobre las siguientes componentes cutáneas: 1) Factor pigmentario (como lentigos, pigmentación moteada y generalizada): disparo de pulso doble de 2,5 ms cada uno y un delay de 10 ms entre ellos. 2) Lesiones pigmentarias claras (como manchas de café con leche resistentes) y factor vascular: pulsos continuos de diferente duración según el tamaño del lentigo o el calibre de cada vaso e intensidad de la cuerosis o poiquilodermia. 3) Mejora de la dermatoporosis: estimular la colanogénesis, mejorar la textura y aportar luminosidad con una combinación de pulsos y emisiones de luz (aplicadores) según fototipo y tipología de piel. El Elipse MultiFlex+, caracterizado por el doble filtro y bandas de emisión de 400 a 950 nm, ha demostrado ser un sistema muy eficaz para el tratamiento del fotoenvejecimiento. La seguridad y efectividad del equipo, su fácil utilización y la opción de customizar totalmente el pulso elevan la eficacia del equipo y la satisfacción del paciente. Se presentarán casos clínicos de fotorrejuvenecimiento cutáneo con sistema IPL y formas de optimizar sus resultados y realización.

#### Bibliografía

- Bjerring P, et al. Facial photo rejuvenation using two different Intense Pulsed Light (IPL) wavelength bands. *Lasers in Surgery and Medicine*. 2004;34:120-6.
- Clinical application of intense pulsed light in facial telangiectasis in 238 cases. *Chinese J Aesth Plast Surg*. 2008;19:2.
- Comparison of Intense Pulsed Light (IPL) and pulsed dye laser (PDL) in port wine stain treatment. *Science Direct-Medical Laser Applications*. 2008;23:133-40.
- Hedelund L, et al. Skin rejuvenation using intense pulsed light. A randomized controlled split-face trial with blinded response evaluation. *Arch Dermatol*. 2006;142:985-90.
- Intense Pulsed Light source for treatment of small melanocytic nevi and solar lentigines. *Journal of Cutaneous Laser Therapy*. 2000.
- Photo rejuvenation by Intense Pulsed Light with objective measurement of skin color in Japanese patients. *American Society for Dermatologic Surgery*. 2006.
- Sabrina M, Wenzel MD, et al. Progressive disseminated essential telangiectasia and erythrosis interfollicularis colli as examples for successful treatment with a high-intensity flashlamp. *Dermatol*. 2008;217:286-90.
- Topical Photodynamic Therapy using Intense Pulsed Light for treatment of actinic keratosis: Clinical and histopathology evaluation. *American Society for Dermatologic Surgery*. 2005.

## 12 ÚLCERAS DE ESTASIS

M.T. Conde Calvo

*Clínica M<sup>a</sup> Teresa Conde Calvo. Bilbao. España.*

Para el tratamiento de las úlceras de estasis hay que valorar los procesos que interfieren en la curación como son: la diabetes, malnutrición, enfermedad vascular periférica, anemia, etc. Una vez controlados dichos procesos lo primero que se debe hacer es desbridar restos necróticos con cirugía o con métodos enzimáticos. En segundo lugar se debe mantener la humedad ambiental y el estado de la piel periférica. Si las úlceras están infectadas precisan tratamiento antibiótico tópico o sistémico. En úlceras muy profundas la utilización de peróxido de benzoilo o tretinoína es altamente beneficiosa. En todas las ocasiones la opción del uso de factores de crecimiento epidérmico recombinante humano bio idéntico (rhEGF) acorta notablemente el tiempo de curación de la lesión.

## 13. MICRONEEDLING FOR DRUG DELIVERY

K. Fritz<sup>a,b</sup> and C. Salavastu<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermatology and Lasercenters Landau and Kandel. University Osnabrueck. Germany.* <sup>b</sup>*University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila". Romania. Bucharest.*

Many promising therapeutic agents are limited by their inability to reach the systemic circulation, due to the excellent barrier properties of biological membranes, such as the stratum corneum (SC) of the skin, which is the principal barrier to topically-applied medications and exogenous substances. Transdermal delivery of hydrophilic drugs and macromolecular agents of interest, including peptides, DNA, and small interfering RNA is problematic. Microneedles (MNs), when used to puncture skin, will by-pass the SC and create transient aqueous transport pathways of micron dimensions and enhance the transdermal permeability. These micropores are orders of magnitude larger than molecular dimensions, and, therefore, should readily permit the transport of hydrophilic macromolecules. MN arrays consist of a plurality of micron-sized needles, generally ranging from 25 to 2000 µm in height, of a variety of different shapes and composition (e.g., silicon, metal, sugars and biodegradable polymers). MN insertions cause an initial sharp drop in barrier function followed by a slower incomplete recovery - a paradigm consistent with MN-generation of microchannels that subsequently contract due to skin elasticity. While 600 µm-long MNs are more skin-perturbing than 400 µm MNs, insertion of 1000 µm-long MNs cause a smaller initial drop in integrity followed by a degree of long term permeabilization. Substances used for transdermal delivery include steroids, non steroidal antiinflammatory drugs, hydroquinone or ALA for PDT. Photodynamic therapy (PDT) is a medical treatment in which a combination of a photosensitizing drug and visible light causes destruction of selected cells. Deeper penetration through ways of drug delivery allow to treat indications which are difficult to treat without delivering the active ingredient to deeper layers like warts or basal cell carcinoma MN permeation allows to deliver various components to exactly the layer and depth in skin and the area to be treated and by increases the efficacy of the drugs used. However only drugs suitable and approved for systemic treatments and sterile like for injections should be used. Delivering cosmetic ingredients might cause local or systemic side effects that are not studied, not known and unsafe.

## 14. ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

S. Vañó Galván

*Dermatólogo. Coordinador de la Unidad de Tricología. Hospital Ramón y Cajal. Coordinador de la Unidad de Tricología y Trasplante Capilar. Clínica Grupo de Dermatología Pedro Jaén. Madrid. España.*

La alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia cicatricial que suele afectar a mujeres después de la menopausia y que tiene una presentación clínica típica: pérdida de densidad en la "zona de la

*diadema*” junto con alopecia de cejas. Hemos tenido la oportunidad de coordinar el mayor estudio hasta la fecha de esta enfermedad, publicado en la revista *Journal of the American Academy of Dermatology* (ver estudio en el link <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962213013066>). En la ponencia se comentarán los resultados más relevantes del mismo y se discutirá con la audiencia las últimas novedades acerca de esta fascinante tricosis. El estudio realizado ha consistido en un trabajo multicéntrico entre 12 hospitales españoles, en el cual se han analizado las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas en un total de 355 pacientes diagnosticados de alopecia frontal fibrosante. Los resultados han sido interesantes: todos los casos fueron mujeres, excepto 12 varones. La mayoría fueron mujeres después de la menopausia, aunque también hubo mujeres premenopáusicas afectas. Se encontró una mayor incidencia de menopausia precoz, histerectomía e hipotiroidismo entre las pacientes con alopecia frontal fibrosante. En el estudio también se describen los parámetros clínicos que se asocian con formas más extensas del proceso (afectación de pestañas, presencia de pápulas faciales y afectación del vello corporal). Un hallazgo interesante es la buena respuesta a tratamientos antiandrógenos, mostrando cómo la acción hormonal juega un papel importante en el mecanismo de la enfermedad, además de la ya conocida inflamación de origen autoinmune. En conclusión, podemos decir que la alopecia frontal fibrosante es un tipo de alopecia sobre la cual todavía existen muchas incógnitas. No obstante, es un área de especial interés en tricología, sobre la cual se están desarrollando nuevos estudios de investigación, y seguramente en los próximos meses/años veamos nuevos avances en el conocimiento de sus causas y tratamiento.

## Comunicaciones orales

### 1. TRATAMIENTO DEL HERPES GENITAL HIPERTRÓFICO EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO CON CIDOFOVIR INTRALESIONAL

I. Allende Markixana<sup>a</sup>, A. de Quintana Sánchez<sup>a</sup>, B. Sordo Aisa<sup>b</sup> y J. Gardeazabal García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

**Introducción:** La inmunodepresión inducida por el VIH juega un papel importante en la reactivación del herpes genital y es la responsable de su curso crónico y presentación clínica inusual: formas extensas, profundamente ulceradas o hipertróficas. Los análogos de nucleósidos son el tratamiento de primera elección pero, desafortunadamente, en muchos casos no se obtienen respuestas satisfactorias. Las opciones de tratamiento para los casos resistentes son limitadas e incluyen foscarnet, cidofovir, imiquimod y talidomida.

**Caso clínico:** Presentamos a un varón de 51 años con VIH en tratamiento antirretroviral y con recuentos de linfocitos CD4+ > 200 células/ml con un herpes hipertrófico perianal de larga evolución (confirmado por biopsia y cultivo vírico), resistente a cirugía y diversas pautas de valaciclovir. Ante la persistencia de la lesión tumoral exudativa y dolorosa y tras revisar la literatura publicada al respecto, se decide solicitar el uso compasivo de cidofovir para su administración intralesional. Las pautas han ido variando en el tiempo según la adquisición de conocimiento sobre el manejo práctico y la respuesta terapéutica. Tras 11 infiltraciones de 10 ml de cidofovir 5-10 mg/ml se obtuvo una respuesta completa. Salvo el dolor asociado a la infiltración no se han objetivado efectos adversos.

**Conclusiones:** El cidofovir es un fosfonato nucleósido acíclico útil en cepas de virus herpes simplex (VHS) y varicela-zóster (VVZ) resistentes a aciclovir y derivados. La mayor limitación para su administración sistémica es su nefrotoxicidad. Desde que Van Cutsem et al publicaron en 1995 el tratamiento exitoso de una mujer con lesiones polipoideas gigantes faríngeas debidas a VPH con cidofovir, se han publicado diversas formas y pautas de administración para infecciones cutáneas víricas. En resumen, el cidofovir es una medicación potencialmente eficaz, con un bajo riesgo de efectos adversos con su uso intralesional, si bien sus concentraciones y pautas idóneas de administración están aún por definir.

### 2. RESULTADO COSMÉTICO EN HERIDAS QUIRÚRGICAS TRATADAS POR SEGUNDA INTENCIÓN. EL ANTES Y EL DESPUÉS

G.E. Solano-López y C. García

*Dawson Medical Group. Oklahoma City. Oklahoma. USA.*

A pesar de que la cicatrización de las heridas quirúrgicas por segunda intención tiene un resultado muy bueno en determinadas situaciones, en los últimos años ha perdido cierta popularidad. Esto se debe a preconceptos erróneos como el dolor excesivo, el aumento de la tasa de infección y del sangrado y la lentitud de la cicatrización. Se revisan las indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas y complicaciones de la curación de las heridas quirúrgicas por segunda intención. Se recogieron más de 50 pacientes intervenidos por epitelomas basocelulares, carcinomas epidermoides y melanomas tratados la mayoría mediante la técnica de Mohs con fotografías en el momento de la intervención y a las 4 a 6 semanas con buenos resultados cosméticos y como alternativa de reconstrucción. De las lesiones; 7 localizadas en la región frontotemporal, 9 en pabellón auricular, 6 en párpados, 19 en nariz, 2 en labios, 4 en mejillas y 9 en otras localizaciones. Los resultados cosméticos son mejores en superficies cóncavas que en convexas, si la piel es laxa más que en sitios de piel tensa, en fototipos claros y en cabeza y cuello más que en tronco y extremidades. Este tipo de opción terapéutica es óptimo y adecuado en casos seleccionados porque además de presentar excelentes resultados cosméticos y funcionales permite un adecuado control tumoral.

### 3. CRIOTERAPIA: UN TRATAMIENTO FÁCIL, EFICAZ Y BARATO PARA LOS ANGIOFIBROMAS FACIALES

E. del Alcázar Viladomiu, M.P. Gutiérrez Támara, S. Ibarbia Oruezabal, A. Tuneu Valls y A. López Pestaña

*Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España.*

#### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** Los angiofibromas faciales (AF) son aquellas tumora-ciones hamartomatosas típicamente relacionadas con el complejo de la esclerosis tuberosa. Dado que pueden llegar a ser muy inestéticos y repercutir tanto física como psicológicamente en los pacientes, se han utilizado múltiples tratamientos para su eliminación.

**Caso clínico:** Presentamos un hombre de 41 años diagnosticado de esclerosis tuberosa en el año 1994 y en seguimiento en nuestro servicio desde entonces. El paciente presentaba múltiples AF en cara, de predominio en alas nasales y mejillas, de varios años de evolución. Durante su seguimiento hemos ido tratando los AF con crioterapia en diversas ocasiones consiguiendo un muy buen resultado estético. Además, presentaba tres placas frontales tipo colagenoma que fueron cureteadas y electrocoaguladas con excelentes resultados.

**Discusión:** Para el tratamiento de los AF se han utilizado tanto tratamientos físicos (crioterapia, radiofrecuencia, electrocoagulación, dermoabrasión, láser) como médicos (tranilast, podofilotoxina y

rapamicina). El uso de crioterapia ha sido publicado de forma anecdótica en la literatura, con solo tres casos aislados. Este método tiene claras ventajas frente a otros: es fácil de aplicar, se puede repetir en función de la evolución de las lesiones, no requiere el uso de anestesia ya que su aplicación solo produce una leve molestia que desaparece en pocos minutos y es una alternativa muy económica, motivo a tener en cuenta en los últimos tiempos. Aunque tenemos escasos pacientes tratados con crioterapia, la tolerancia ha sido buena y hemos observado una clara mejoría de las lesiones faciales tras la aplicación de nitrógeno líquido.

#### 4. LA UTILIDAD DE LA NITROGLICERINA TÓPICA AL 0,2% EN LA CONDRODERMATITIS NODULAR DEL HÉLIX

V. Sanz-Motilva<sup>a</sup>, A. Martorell-Calatayud<sup>a</sup>,  
C. Gutiérrez García-Rodrigo<sup>b</sup>, F. Vanaclocha-Sebastián<sup>b</sup>  
y A. Alfaro-Rubio<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Introducción:** La condrodermatitis nodular del hélix (CNH) es un proceso idiopático, degenerativo y doloroso con un tratamiento en ocasiones complejo. Recientemente se ha descrito la utilidad de la nitroglicerina (NTG) tópica al 2% en el tratamiento de la CNH. En estos estudios se concluye que la NTG puede ser útil en la CNH, pero es probable que a una concentración menor se pueda mantener el mismo efecto mejorando la tolerancia.

**Objetivos:** La finalidad de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la NTG tópica al 0,2% para el tratamiento de la CNH.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo incluyendo pacientes diagnosticados entre 2012 a 2014 con el diagnóstico clínico de CNH. La eficacia del tratamiento se determinó a través del examen clínico, toma de imagen fotográfica y de un cuestionario de dolor mediante escala numérica verbal, así como con un cuestionario de satisfacción con el tratamiento, todo ello realizado previamente al inicio del tratamiento y en el seguimiento.

**Resultados:** Un total de 30 pacientes fueron tratados con NTG tópica al 0,2% de los cuales el 93% manifestaron una mejoría clínica (respuesta completa: 54%, respuesta parcial 46%). El tiempo medio de tratamiento fue de 2 meses. Únicamente el 17% de los pacientes recidivaron de la CNH tras el tratamiento. La tolerancia fue buena en todos los pacientes. En un único caso una paciente refirió una leve cefalea que desapareció con la reducción de la cantidad de producto aplicado.

**Conclusiones:** La nitroglicerina tópica al 0,2% es un tratamiento conservador, eficaz y seguro para el tratamiento de la condrodermatitis nodular del hélix y permite evitar la realización de una exéresis quirúrgica en ocasiones mutilante.

#### 5. IMATINIB MESILATO COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN MORFEA PROFUNDA GENERALIZADA RECALCITRANTE

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

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

**Introducción:** La morfea o esclerodermia localizada es una enfermedad inflamatoria que conduce a la esclerosis de la piel y los tejidos subyacentes. El término «morfea profunda» describe aquellos cambios microscópicos que asientan fundamentalmente en músculo superficial, tejido adiposo y dermis profunda. Cuanto más extensa y profunda es la afección del proceso escleroso, mayor es la probabilidad de detectar alguna anomalía visceral acompañante. No existe un tratamiento realmente eficaz y universal, por lo que debe adecuarse a la extensión y gravedad de la enfermedad.

**Caso clínico:** Mujer de 59 años consulta por placas y nódulos de consistencia dura de 2 meses de evolución. A la exploración se apreciaban placas y nódulos de consistencia casi pétreas de 1 a 5 cm distribuidos por tronco y zona proximal de extremidades. La biopsia confirmó el diagnóstico de morfea profunda. Se descartó la presencia de cualquier otro signo o síntoma que pudiera sugerir el diagnóstico de esclerosis sistémica. Se inició tratamiento con metotrexato en monoterapia y posteriormente en combinación con corticoides orales, así como fototerapia e infliximab sin mejoría. Dada la progresión del cuadro cutáneo y la aparición de contracturas articulares con pérdida importante de la movilidad, se decidió iniciar tratamiento con imatinib consiguiéndose una mejoría muy significativa, sobre todo de la movilidad. Una vez suspendido el tratamiento la paciente continúa en remisión. **Conclusiones:** Aunque la morfea no tiene, salvo excepciones, repercusiones sistémicas graves, puede ser causa importante de morbilidad. Incluso en determinadas situaciones la afectación torácica podría ocasionar insuficiencia respiratoria restrictiva y la muerte del paciente. Dado que el tratamiento resulta ineficaz para revertir las complicaciones en muchas ocasiones, debería ser instaurado antes de que aparezcan. Imatinib podría ser una alternativa terapéutica útil para el tratamiento de la morfea profunda generalizada, especialmente en casos con movilidad reducida y recalcitrantes a los tratamientos habitualmente utilizados.

## Pósteres

### 1. INFLUENCIA DE UNA LÍNEA DERMOFARMACÉUTICA SOBRE EL PICOR Y LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS ATÓPICAS USUARIAS DE HIDRATANTES DE GRAN CONSUMO

G. Bacchini, E. Gil Luna y E. Vila Martínez

Ferrer Internacional S.A.

#### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** Los pacientes con dermatitis atópica reportan una menor calidad de vida que la población general y son fuertemente afectados por el prurito.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es evidenciar la influencia del uso de una línea dermofarmacéutica (Atopic Piel) durante 21 días sobre el picor y la calidad de vida de personas atópicas, con respecto a su estado basal (determinado por el uso regular previo de productos hidratantes de gran consumo).

**Material y métodos:** Selección del panel: 40 adultos atópicos sin período de brote, usuarios regulares de productos hidratantes de gran consumo específicos o no para piel atópica. Productos de ensayo: Gel de baño, Loción corporal, Crema facial y Champú capilar. Indicaciones de aplicación de cada producto: Condiciones normales de uso: una vez al día por la mañana, excepto el Champú capilar, utilizado con la frecuencia habitual de cada voluntario. Duración del estudio: 21 días. Auto-evaluación: 1) Cuestionario diario del Picor (presente o ausente, duración e intensidad). 2) Cuestionario de Calidad de Vida al inicio (T0) y al finalizar el estudio (T21), para evaluar la afectación en la vida diaria durante la última semana (síntomas, actividades diarias, ocio, trabajo/estudio, relaciones interpersonales y tratamiento).

**Resultados (T21 vs T0):** 1) Reducción en un 65% del número de sujetos que presentan picor, reducción del 39% en su intensidad (dentro del rango de picor leve), reducción del 21,7% en su duración (de 15-60 minutos a < 15 minutos). 2) Calidad de vida: incremento global del 28,93%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p < 0,00001).

**Conclusiones:** Los productos Atopic Piel son capaces de influenciar positivamente la vida diaria de personas atópicas al disminuir los síntomas asociados a esta patología, con respecto al uso regular de productos hidratantes de gran consumo.

## 2. NUEVAS TENDENCIAS EN EL USO DE LA ISOTRETINOÍNA ORAL EN ESPAÑA

M. Rodríguez-Martín<sup>a</sup>, N. Merino de Paz<sup>a</sup>, P. Contreras-Ferré<sup>b</sup> y M. Sáez Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Quirón. Tenerife. España. <sup>b</sup>Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. España. <sup>c</sup>Clínica Centro Madre. Tenerife. España.

Uno de los primeros tratamientos contra el acné usados durante la década de los treinta era altas dosis de vitamina A (ácido retinoico). A estas dosis (algunas veces 500.000 UI por día) la producción de sebo se reduce notablemente. Basándose en estos hallazgos, el derivado del ácido retinoico, isotretinoína (13cis-ácido retinoico) fue desarrollado en 1982 por Hoffmann-La Roche. Se le acredita al Dr. Gary Peck con el descubrimiento de su uso para el tratamiento del acné quístico, como también trastornos de queratinización, tales como ictiosis lamelar, enfermedad de Darier y pitiriasis rubra pilaris. Además, demostró sus propiedades quimiopreventivas en pacientes con síndrome de Gorlin. En el siglo XXI, el uso de la isotretinoína ha ido adquiriendo diferentes matices en la práctica clínica habitual, ampliando el espectro de enfermedades en las que la utilizamos, así como las dosis y formas de prescribirlas. Hemos realizado una encuesta entre especialistas en dermatología en España para mostrar las nuevas tendencias de uso de este fármaco en la práctica clínica habitual. Mediante los resultados, mostramos las diferentes enfermedades en las que se suele prescribir el fármaco, dosis habituales, duración y mantenimiento pautado. Asimismo, mostramos los protocolos adyuvantes y de seguimiento que siguen los especialistas en Dermatología en España en la actualidad.

## 3. EFECTO DE UNA LÍNEA DERMOFARMACÉUTICA SOBRE LA FUNCIÓN BARRERA DE LA PIEL ATÓPICA EN USUARIOS HABITUALES DE HIDRATANTES DE GRAN CONSUMO

G. Bacchini y E. Gil-Luna

Ferrer Internacional S.A. Departamento Médico. Barcelona. España.

**Introducción y objetivos:** La piel atópica presenta signos y síntomas característicos, como sequedad, descamación y picor. Es fundamental seguir una rutina de cuidado diario con productos adecuados de higiene e hidratación. El objetivo del estudio es evidenciar la eficacia de una línea dermofarmacéutica para mejorar la condición de la piel atópica en 21 días respecto a su estado basal, determinado por su cuidado diario habitual.

**Material y métodos:** Cuarenta adultos atópicos sin manifestar brote, usuarios regulares de productos hidratantes/emolientes de gran consumo, específicos o no para piel atópica. Productos de ensayo: Atopic Piel Gel de baño, Loción corporal, Crema facial y Champú capilar. Condiciones normales de uso: una vez al día por la mañana. Evaluación al inicio (T0), a la semana (T7) y al finalizar el estudio (T21): 1) Medición objetiva instrumental en rostro y brazo de hidratación cutánea - Corneometer®, pérdida de agua transepidermica (TEWL)-Tewameter®, descamación epidérmica -Corneofix®+ Skin Visiometer®. 2) Evaluación clínica de la severidad de signos asociados a la dermatitis atópica: eritema, sequedad/descamación, edema, vesículas.

**Resultados:** 1) Mejoría progresiva estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) de los 3 parámetros a los 7 y 21 días respecto T0, tanto faciales como corporales. Hidratación: aumento hasta del 15,91% a T7 (facial) y 24,92% a T21 (corporal). TEWL: reducción hasta del 11,78% a T7 (corporal) y 19,09% a T21 (corporal). Descamación:

reducción hasta del 24,95% a T7 (corporal) y 45,03% a T21 (facial). 2) Reducción estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) de la puntuación total de la severidad de signos respecto T0: -58,8% en 7 días, -79,8% en 21 días.

**Conclusiones:** Atopic Piel mejora la función barrera de la piel atópica, reduciendo la severidad global de sus signos un 58,8% tras 7 días y un 79,8% tras 21 días de uso, con respecto al uso regular de productos hidratantes de gran consumo.

## 4. TRATAMIENTO DE LÉNTIGOS SOLARES EN DORSO DE MANOS MEDIANTE COMBINACIÓN DE PEELING QUÍMICO

A. de Quintana Sancho

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

**Introducción:** Los léntigos solares representan una lesión pigmentada benigna extremadamente frecuente que surge en áreas fotoexpuestas en adultos (cara, escote, dorso de manos, etc.). Para su tratamiento nos decantamos por un *peeling* medio, usando una combinación de ácido glicólico al 70% aplicado de forma global en la zona a tratar y posteriormente ácido tricloroacético (ATC) al 35% de manera focal en cada léntigo. Hasta donde sabemos tras realizar una revisión de la literatura, es la primera vez que se describe la aplicación de esta combinación de *peeling* para el tratamiento de léntigos en dorso de manos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 63 años que presenta léntigos solares en ambos dorsos de las manos. El paciente se aplicó una crema de tretinoína al 0,05% una vez al día durante el mes previo, suspendiendo dicha aplicación 7 días antes del procedimiento. El procedimiento se inicia eliminando el exceso de sebo y residuos celulares de la superficie epidérmica con una solución limpiadora. Mediante el uso de un bastoncillo de algodón aplicamos ácido glicólico al 70% por toda la zona a tratar y dejamos actuar durante 3 minutos, para posteriormente neutralizar con una solución de bicarbonato sódico. A continuación y de forma focal sobre cada léntigo, se aplica ATC al 35% hasta lograr un *zifrosting*? o escarcha blanquecina. Finalmente, se aplica una crema cicatrizante y se indica al paciente el uso de un protector solar diario durante el mes siguiente al procedimiento. Se realizaron 2 sesiones con una separación de 6 semanas entre ambas. En la imagen realizada un mes después de la última sesión, podemos apreciar cómo la mayoría de los léntigos se han atenuado, e incluso algunos han desaparecido. **Conclusiones:** El tratamiento de léntigos solares en dorso de manos con *peeling* supone una opción terapéutica coste-efectiva, con muy buena tolerancia por parte del paciente y mínimos efectos adversos.

## 5. USO DE POMADA DE COLISTINA AL 2% EN INFECCIONES CUTÁNEAS POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS

V. Melgar Molero, F. de Asís Alcántara Nicolás, A. Ballano Ruiz, E. Jiménez Blázquez y E. de Eusebio Murillo

Hospital Universitario de Guadalajara. España.

### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** El incremento de las infecciones por microorganismos multirresistentes se ha convertido en un problema relevante en la práctica médica habitual, siendo los bacilos gram negativos unos de los microorganismos más frecuentemente aislados. Debido al desarrollo de resistencias se están volviendo a utilizar antibióticos clásicos para el tratamiento de estas infecciones, siendo la colistina uno de ellos. Se trata de un antibiótico con importante toxicidad en administración intravenosa, pero que se está utilizando en pacientes con infecciones bronquiales crónicas por vía inhalatoria sin efectos adversos. Planteamos la posibilidad de su indicación en el tratamiento de infecciones cutáneas en forma de



pomada. Presentamos dos casos de úlceras infectadas por *Pseudomonas* multirresistente.

**Casos clínicos:** Se prescribió un preparado tópico en forma de pomada de colistina al 2% (colistina 1 g, vaselina líquida 5 g, orabase csp 50 g) a dos pacientes de nuestro servicio con úlceras de diferentes etiologías infectadas por *Pseudomonas aeruginosa*. Paciente 1) varón de 78 años con múltiples erosiones en cuero cabelludo infectadas por *Candida* y *P. aeruginosa*. Tras tratamiento con ciprofloxacino y fluconazol desarrolló hepatotoxicidad sin mejorar las lesiones cutáneas, y con nuevo aislamiento de *Pseudomonas* multirresistente. Se suspendieron los antibióticos sistémicos, manteniéndose sólo colistina 2% en pomada. Paciente 2) mujer de 57 años con infección por virus de hepatitis C y crioglobulinemia mixta, con úlceras en miembros inferiores de evolución tórpida. Se aisló *P. aeruginosa* multirresistente, prescribiendo ceftazidima y amikacina asociadas a curas con colistina 2% pomada. En ambos casos se produjo muy buena respuesta clínica.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, colistina 2% pomada produjo una buena evolución clínica sin efectos adversos. Por ello, podría ser considerada como una alternativa a los tratamientos habituales en casos de infecciones locales por bacilos gram negativos multirresistentes. La falta de preparados comerciales hace necesaria su elaboración en el Servicio de Farmacia como Fórmula Magistral.

## 6. TRATAMIENTO EFICAZ DE ONICOMICOSIS POR CANDIDA GLABRATA CON ANFOTERICINA B EN LACA DE UÑAS

A. Ballano Ruiz, V. Melgar Molero, F. Alcántara Nicolás, A. Martín Fuentes y E. Jiménez Blázquez

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

### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** Los dermatofitos son la principal causa etiológica de la onicomicosis, si bien otras formas no-dermatofitos o levaduras se pueden encontrar solos (15%) o asociados a los anteriores (hasta el 60%), suponiendo en muchas ocasiones un reto terapéutico debido a la baja sensibilidad frente a productos tópicos y orales como azoles y terbinafina. Existen pocos artículos en cuanto a nuevas fórmulas de presentación y principios activos frente a estos organismos. Presentamos el caso de una paciente con buena respuesta a anfotericina B tópica.

**Caso clínico:** Paciente que acude a nuestras consultas con alteración de la segunda uña mano izquierda de años de evolución, con tratamientos varios por parte de atención primaria sin éxito terapéutico. Mediante cultivo en medio Saboureaud se aísla especie de *Candida glabrata* resistente a azoles. Ante la no mejoría tras 3 meses con amorolfina tópica se decide tratamiento con anfotericina B al 2% en laca de uñas, con aplicación diaria durante 3 meses, donde se aprecia mejoría parcial y se prolonga el tratamiento otros 3 meses más, con resolución importante y satisfacción por parte de la paciente.

**Conclusiones:** La anfotericina B pertenece al grupo de los polienos con amplio espectro de acción y actividad fungicida, usada ampliamente en infecciones severas sistémicas por *Cándida*. Pudiera resultar una buena alternativa en los casos de onicomicosis debidas a especies no-dermatofitos resistentes a otras modalidades de tratamiento. Si bien estudios a mayor escala, controlados y aleatorizados deben ser realizados, los resultados iniciales en los pacientes seleccionados parecen ser prometedores.

## 7. GLICOSAMINOGLICANOS DE ORIGEN NATURAL PARA FAVORECER LA REPARACIÓN DE LA MATRIZ EXTRACELULAR CUTÁNEA

A. Delgado Rubín de Céliz<sup>a</sup>, A. Herrero<sup>a</sup>, M. Granado<sup>a</sup>, A. Delgado<sup>b</sup> y B. Castro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de I+D. Histocell SL. Derio. Bilbao. España.

<sup>b</sup>Departamento de Innovación y Médico Marketing. Industrial Farmacéutica Cantabria SA. Madrid. España.

Los glicosaminoglicanos (GAGs) son uno de los componentes principales de la matriz extracelular (MEC) cutánea y su composición, grado de sulfatación y peso molecular determinan las propiedades fisiológicas, biomecánicas y grado de hidratación de la piel. El envejecimiento se caracteriza por un deterioro progresivo de las propiedades funcionales de este tejido, lo que está relacionado con la alteración de la síntesis y estructura de los GAGs. Recientemente hemos desarrollado el ingrediente Wharton Gel Complex® (WGC®), derivado de la gelatina de Wharton del cordón umbilical de origen animal. El WGC® está compuesto por una mezcla única de GAGs naturales que mimetizan la composición de una MEC funcional. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar los efectos del WGC® en diversos parámetros relacionados con el envejecimiento. Para ello se han empleado cultivos primarios de fibroblastos humanos, cultivados en presencia o ausencia de WGC®, o de un comparador sintético. La viabilidad y proliferación celular se analizaron mediante tinción vital y el ensayo MTT (bromuro de 3 (4,5 dimetil-2-tiazolil)-2,5-difeniltetrazólico). La migración celular se determinó utilizando cámaras de Boyden y análisis por microscopía invertida. Finalmente, la capacidad de WGC® de inducir la síntesis de proteínas de la MEC fue analizada mediante inmunocitoquímica y RT-PCR. Los resultados demostraron que WGC® no afecta a la viabilidad de los fibroblastos e incluso incrementa su capacidad de proliferación. Asimismo, WGC® promueve la migración de los fibroblastos, exhibiendo una gran capacidad quimioatrayente. El análisis de los componentes de la MEC reveló que WGC® incrementa la producción de colágeno I y fibronectina, así como induce la síntesis de colágeno III y VII, y de las hialurónico sintetasas 1 y 3. Por tanto, podemos concluir que WGC® es un ingrediente con excelentes propiedades reparadoras, proporcionando factores esenciales para restaurar la MEC, mejorando la firmeza y aspecto de la piel.

## 8. ESTUDIO CLÍNICO DEL KOH AL 10% APLICADO CON EL DISPOSITIVO ESPECIAL MOLUSK® EN EL MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

A. Torrelo Fernández, E. Jordá Cuevas, J. Blasco Melguizo, M. Casals Andreu, E. Darwich Soliva y 8 investigadores más

*Servicio de Dermatología. Hospital Niño Jesús. Madrid. España. Hospital Clínico. Valencia. España. Hospital Alta Resolución. Loja. España. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España. Clínica Epidermos. Barcelona. España. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España. Hospital Bellvitge. Hospitalet. Barcelona. España. Clínica Dr. Fernández. Logroño. España. Hospital de Nens. Barcelona. España. Hospital Gil Casares. Santiago. A Coruña. España. Hospital Pinó Montano. Sevilla. España. Hospital Quirón. A Coruña. España. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.*

**Introducción:** Se ha valorado la eficiencia de la solución KOH al 10% aplicada mediante el dispositivo especial de seguridad de Molusk® en el *Molluscum contagiosum*.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionaron 116 pacientes en 13 centros sanitarios. Todos siguieron un protocolo común: aplicación de un único toque diario de la solución perpendicular sobre cada lesión, durante 10 días como máximo. El tratamiento se detuvo al aparecer un eritema inflamatorio en la base lesional. Se controló el día de inicio del eritema, el número de lesiones inflamadas y el día de desaparición de todas las lesiones. Se evaluó la tolerabilidad, se recogió un juicio global médico y del paciente sobre la eficacia, la tolerabilidad y la facilidad de aplicación. Los controles fueron el día 0, el 10, a las 2 y a las 4 (opcional) semanas.

**Resultados:** Finalizaron el estudio 108 pacientes. El tiempo medio para la aparición del eritema fue de 7 días en el 61% de los

pacientes. A los 10 días el 100% presentaba el eritema de base. Tras los 10 días de tratamiento se produjo desaparición total o parcial de las lesiones en el 97% de los casos: en el 69% la desaparición fue del 75 al 100%, en el 21% del 50 al 75%, en el 6% del 25 al 50% y en el 4% del 1 al 25%. Una vez aparecido el eritema, la desaparición total de las lesiones tuvo lugar entre 1 y 3 semanas en el 99% de los casos. Un 45% de los pacientes refirió algún acontecimiento adverso: los más frecuentes fueron la irritación local leve (26), escozor o quemazón (10) y prurito (7) pero ninguno obligó a suspender el tratamiento. Un 95% de médicos y pacientes juzgó excelente la aplicabilidad y un 81% el grado de satisfacción general.

**Conclusiones:** El dispositivo de Molusk® permitió una excelente aplicabilidad con alta precisión sin apenas irritaciones perilesionales. El día medio de aparición del eritema fue el séptimo y después de 10 días todas las lesiones lo presentan. La desaparición de las lesiones tuvo lugar entre 1 y 3 semanas después.

## 9. ESTUDIO SOBRE TÉCNICAS DE DERMATOLOGÍA ESTÉTICA

N. Merino de Paz, M. Rodríguez-Martín, M. Sáez-Rodríguez y M. Merino de Paz

*Hospital Universitario de Canarias. Hospital Quirón Tenerife. Dermatenerife. Centro Madre. Tenerife. España.*

**Introducción:** La Dermatología Estética es una parte de nuestra especialidad que los últimos años ha ido cobrando mayor relevancia. Hay técnicas como la toxina botulínica o los rellenos en manos de otras especialidades como la cirugía plástica, la medicina estética e incluso la oftalmología, que cada vez más dermatólogos incorporamos a nuestra práctica clínica habitual.

**Objetivos:** Con nuestro estudio queremos determinar el interés y el conocimiento sobre estas técnicas.

**Material y métodos:** Hemos elaborado y distribuido de forma aleatoria y consecutiva un cuestionario a pacientes de dermatología pública, privada y a población general. Se han recogido datos demográficos y un total de 6 cuestiones, diferenciando si se trataba de sujetos que se habían realizado ya alguna de estas técnicas o no. Dentro del grupo que sí se había realizado algún tratamiento se planteó: qué especialista lo realizó, si estaba o no satisfecho con los resultados, qué tratamiento eligió y cuántos se habían realizado, cómo había elegido al profesional y si conocía todos los tratamientos mencionados en la encuesta. Dentro del grupo que no se había sometido a ningún tratamiento se planteó si conocían las técnicas, si les gustaría realizarse alguna y cuál o las razones por las que no se lo realizarían y la edad que creían más adecuada para ello.

**Resultados y conclusiones:** Se observa que una gran parte de los encuestados no se han realizado ningún tipo de tratamiento. Además, muchos de los pacientes responden que la razón por la que no se han realizado este tipo de tratamientos es por su precio. Muchos de los pacientes no conocen todas las técnicas y la mayoría cree que el momento para realizarlas es por encima de los 40 o 50 años. Concluimos que existen muchas ideas equivocadas preconcebidas y no se conocen suficientemente estos tratamientos por parte de la población.

## 10. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD CONJUNTA DE UN PRODUCTO TÓPICO CON FOTOLIASA Y FILTROS SOLARES Y CRIOTERAPIA EN PACIENTES CON QUERATOSIS ACTÍNICAS EN CONDICIONES DE USO HABITUAL

S. Vañó Galván, N. Jiménez, E. Grillo y A. Ballester

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

**Introducción:** El producto sanitario Eryfotona AK-NMSC® fluid (IS-DIN, Spain) consiste en una formulación de fotoliasas encapsuladas en liposomas junto con un filtro solar SPF 109 y UVA in vitro 39. Diferentes estudios han demostrado su efectividad frente a las queratosis actínicas (QA) clínicamente visibles y el campo de cancerización subclínico. Sin embargo, no existen datos acerca de su uso conjunto con crioterapia.

**Objetivos:** Describir los efectos clínicos y tolerabilidad de Eryfotona AK-NMSC® fluid administrado tópicamente junto a crioterapia sobre las QA y campo de cancerización en condiciones de uso habitual.

**Método:** Se diseñó un estudio observacional prospectivo, incluyendo pacientes adultos inmunocompetentes de ambos sexos con al menos 4 QA diagnosticadas clínicamente y dermatoscópicamente y que fueran a recibir tratamiento con crioterapia. Eryfotona AK-NMSC® fluid se aplicaba 2 veces al día (mañana y mediodía) durante 6 meses como tratamiento coadyuvante a la crioterapia. Se evaluó la mejora clínica de las QA, así como la tolerabilidad del producto.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 41 pacientes (37 varones y 4 mujeres) de 75,3 años de media (rango 58-85). El número medio de QA mejoró un 84% (9,56 en visita basal y 1,51 a los 6 meses) y el número de QA nuevas fue de 0,27 al mes y 0,76 a 6 meses. La efectividad del tratamiento evaluado por el investigador fue mayor en los pacientes con QA finas (descamación 1-2: 29 pacientes, mejora global: 3,20 sobre 4) frente a QA hipertróficas (descamación 3-4: 12 pacientes, mejora global: 2,17 sobre 4) ( $p < 0,001$ ). No hubo efectos adversos cutáneos.

**Conclusiones:** La utilización conjunta de Eryfotona AK-NMSC® fluid y crioterapia en condiciones de uso habitual fue efectiva y bien tolerada en el tratamiento de las QA y una posible alternativa como tratamiento preventivo ante la aparición de nuevas QA sobre el campo de cancerización.

## 11. IMIQUIMOD EN CARCINOMAS ESCAMOSOS

M.T. López Giménez, J.M. Agurruza, M.A. Concellón, C. Conejero del Mazo y M. Ara

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

**Introducción:** Imiquimod es un modificador sintético de la respuesta inmune. El uso de imiquimod crema 5% está aprobado para el tratamiento de queratosis actínicas y carcinoma basocelular superficial. Existe evidencia clínica de su efectividad en carcinomas basocelulares infiltrantes y escamosos in situ. Presentamos 2 casos de carcinoma espinocelular in situ y un infiltrante tratados eficazmente con imiquimod.

**Casos clínicos:** Caso 1: varón de 83 años que presentaba extensas placas tumorales en antebrazo izquierdo. Diagnosticadas por biopsia de carcinoma escamoso in situ, dada su extensión se prescribió imiquimod crema 5%, 5 veces por semana. A la cuarta semana se interrumpió el tratamiento por intensa reacción inflamatoria. A la 8ª semana se objetivó eritema residual. Sin recidiva durante 5 años de seguimiento. Caso 2: varón de 87 años, con placa tumoral localizada en frente y ceja izquierda. Diagnosticado de carcinoma escamoso in situ y no habiendo tolerado la terapia fotodinámica, se inició imiquimod crema 5%, 5 veces por semana. A la quinta semana interrumpió el tratamiento por intensa reacción inflamatoria local. Tres meses después del tratamiento, continúa sin recidiva. Caso 3: varón de 73 años, presentaba placa tumoral erosiva, mal delimitada, en región preauricular derecha. La biopsia informó de carcinoma escamoso infiltrante. Se decidió iniciar tratamiento con imiquimod crema 5%, 5 veces por semana, mientras se remitía al paciente a cirugía plástica para tratamiento quirúrgico. Tuvo una intensa reacción inflamatoria a las cuatro semanas de tratamiento, con curación clínica de la lesión a las 6 semanas, que se confirmó mediante biopsia.

**Conclusiones:** Aportamos nuestra experiencia clínica sobre la efectividad de imiquimod crema 5% en el tratamiento de 2 carcinomas espinocelulares in situ y un infiltrante en placa. Estamos de acuerdo con la literatura previa en que la respuesta inflamatoria es un factor predictivo de la eficacia terapéutica.

## 12. TERAPIA FOTODINÁMICA CON 5-MAL COMO TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES RECALCITRANTES: 33 CASOS

G. Melé-Ninot, L. Galvany-Rossell, M. Solà-Casas, M. Quintana-Codina y M. Salleras-Redonnet

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

**Introducción:** Las verrugas vulgares (VV) son todo un reto terapéutico. Se han descrito diferentes tratamientos, entre ellos la terapia fotodinámica (TFD).

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de todos los casos de VV tratadas con TFD en los últimos 5 años en nuestro centro. Las VV eran legradas previamente a la aplicación de aminolevulinato de metilo (Metvix®) en oclusión durante 3 h, excepto en dos pacientes en los que no se aplicó fotosensibilizante. Posteriormente eran expuestas a luz roja (Aktilite®) a una dosis de 37J/cm<sup>2</sup>. Si no había aclaramiento total de las lesiones se repetían las sesiones mensualmente hasta un máximo de 6. Se valoraba con una escala analógica el dolor y el prurito durante la sesión.

**Resultados:** Se trataron 33 pacientes (17 mujeres y 16 hombres) entre 4 y 69 años con VV recalcitrantes plantares, palmares, periungueales y en la frente. La respuesta fue completa (RC) en 7 pacientes (21%) (4 de ellos después de la primera sesión), parcial en 11 pacientes (33%) y en 15 pacientes (45%) hubo estabilidad de las lesiones. Uno de los pacientes que presentó RC no había recibido fotosensibilizante. Presentaron dolor un 30% de los pacientes que no impidió realizar la sesión completa excepto en una paciente, y un 24% de pacientes refirió prurito.

**Discusión:** Se han descrito tasas de curación de VV espontánea del 8%, con crioterapia entre 26-93% y con preparados queratolíticos del 26-87%. Estos resultados reafirman que delante de VV refractarias a tratamientos previos clásicos la TFD sería una opción terapéutica. Se propone un efecto idiosincrásico en algunos individuos.

**Conclusión:** La TFD no forma parte del tratamiento de primera línea para las VV ya que no es más efectivo que otros tratamientos, es más caro y se requiere más tiempo. Aun así, la TFD podría ser usada en casos refractarios.

## 13. ENFERMEDAD DE BOWEN TRATADA EXITOSAMENTE CON INGENOL MEBUTATO

M. Salleras Redonnet, M. Quintana Codina y G. Melé Ninot

*Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

**Introducción:** La enfermedad de Bowen se considera una expresión clínica de carcinoma escamoso in situ de la piel. Se ha descrito que entre un 3 y un 26% de los casos pueden progresar a carcinoma escamoso invasivo. Existen diferentes opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas.

**Caso clínico:** Mujer de 80 años que consultó por una placa eritematodescamativa bien delimitada en la zona pretibial izquierda. La biopsia de la lesión mostró cambios histológicos característicos de Bowen cutáneo. Dado el gran tamaño de la lesión, se descartó la cirugía y se decidió tratamiento con dos sesiones de terapia fotodinámica. Tras la persistencia de la lesión, a los 9 meses se inició tratamiento con imiquimod 5% tópico en pauta estándar para carcinomas sin ninguna mejoría. Finalmente se decidió tratar con dos aplicaciones de gel de ingenol mebutato 500 mcg/g separadas por 24 horas. Tras una gran reacción cutánea con eritema, descama-

ción, ampollas y costras, curó progresivamente. A las 9 semanas del tratamiento se observó una resolución clínica de la lesión, que se confirmó histológicamente mediante biopsia.

**Conclusiones:** El ingenol mebutato es un éster diterpeno derivado de la planta *Euphorbia peplus*, que actúa como tóxico en la epidermis y como inmunomodulador en la dermis. Actualmente está aprobado para el tratamiento de las queratosis actínicas, aunque hay estudios que demuestran su eficacia en el carcinoma basocelular superficial y se han descrito diversos casos clínicos aislados que sugieren que también podría ser eficaz en el tratamiento del carcinoma espinocelular in situ. Si esto último se confirma, el ingenol mebutato supondría una buena alternativa, cómoda y rápida, para el tratamiento de los carcinomas espinocelulares in situ irresecables o recalcitrantes a otras terapias, así como en pacientes con comorbilidades o reticentes a recibir tratamientos más largos o dolorosos.

## 14. SKIN ROLLER

F. Millán<sup>a,b</sup>, M. Lorente<sup>b</sup>, V. Pont<sup>a</sup>, R. Carmena<sup>a</sup>, E. Quecedo<sup>a</sup>, M. Velasco<sup>a</sup>, M. Navarro<sup>a,b</sup>, S. Marín<sup>a,b</sup>, J. Miquel<sup>a</sup>, E. Gimeno<sup>a</sup> y G. Serrano<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. España. <sup>b</sup>Clínica Dermatológica Serrano. Valencia. España.*

### PERLA TERAPÉUTICA

Se trata de un procedimiento dermocosmético cuyo fundamento se basa en la acción direccional de micro agujas. La técnica consiste en el uso del "Microneedling", es decir, realizar microperforaciones en piel con un doble objetivo: 1. Inducir la producción de colágeno, y 2. Facilitar la penetración de sustancias que produzcan un beneficio en la piel. Estas acciones permiten abrir el abanico de indicaciones dermatológicas destacando las arrugas, las cicatrices, las estrías y la flacidez. A la búsqueda de resultados en patologías de difícil manejo como la alopecia frontal fibrosante y la alopecia androgenética se ha utilizado con sustancias activas. Este procedimiento, en líneas generales permite: 1) Una rápida recuperación (en el mismo día), 2) una buena tolerancia y 3) su realización en verano. En muchas ocasiones es recomendable la aplicación previa de anestesia tópica. Hay que preguntar antes de realizarlo si hay historia previa de herpes labiales y si toma medicación anticoagulante o antiagregante. Presentamos nuestra opinión respecto a los resultados de este tratamiento en función de la respuesta objetiva y la valoración por parte de los pacientes.

## 15. EFECTOS IN VITRO DEL EXTRACTO DE HUEVOS DE *CRYPTOMPHALUS ASPERSA* SOBRE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES

A. Delgado Rubín de Célix<sup>a</sup>, A. Cifuentes<sup>a,b</sup>, N. García Honduvilla<sup>a,b</sup>, E. Reyes<sup>a,c</sup>, A. Delgado<sup>c</sup>, M. Álvarez Mon<sup>a</sup> y J. Buján<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.*

*<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN). Madrid. <sup>c</sup>Industrial Farmacéutica Cantabria, S.A. Madrid. España.*

El envejecimiento cutáneo se caracteriza, entre otros factores, por una pérdida progresiva del número y funcionalidad de los nichos de células madre. Esto deriva en una disminución de la capacidad de suministrar nuevas células para reemplazar a las dañadas y, por tanto, en una merma del potencial de auto-reparación del tejido. En este estudio evaluamos los efectos in vitro de un nuevo ingrediente derivado de huevos de *Cryptomphalus aspersa* (IFC-CAF) sobre la fisiología celular de las células madre mesenquimales (MSCs). Para ello se emplearon MSCs derivadas de tejido adiposo y se cuantificó su respuesta proliferativa en presencia de IFC-CAF en

tiempo real (RTCA  $\alpha$ xCELLigence, Roche Applied Science). Asimismo se realizó un análisis morfológico mediante microscopía de contraste de fases. La diferenciación de las MSCs se determinó mediante inmunocitofluorescencia para la detección de citoqueratina 14 (CK-14), marcador de queratinocitos de la membrana basal, y  $\alpha$ -actina de músculo liso ( $\alpha$ SMA), marcador de miofibroblastos. El tratamiento con IFC-CAF provocó una disminución de la capacidad proliferativa de las MSCs. Además, se observó que las MSCs tratadas con IFC-CAF presentaron un mayor volumen celular y mayor desarrollo del citoesqueleto, mostrando una morfología más poliédrica. Por último, IFC-CAF desencadenó la expresión de CK-14 y  $\alpha$ SMA en las MSCs, sugiriendo la inducción de la diferenciación de las MSCs a células de estirpe cutánea, tanto queratinocitos como fibroblastos. Por lo tanto, IFC-CAF promueve la renovación de la piel mediante la regeneración de sus diferentes componentes celulares, los queratinocitos y fibroblastos, a través de la activación de las células madre mesenquimales. Así, IFC-CAF podría prevenir o retrasar los procesos relacionados con el envejecimiento, contribuyendo al mantenimiento de una piel saludable.

## 16. GRANULOMA ASÉPTICO FACIAL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

M. Salazar Nievas, F.J. del Castillo Tirado y R.R. Romero García

*Hospital Universitario San Agustín de Linares. Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Clínico de Granada. España.*

### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** Presentamos el caso de una niña de 2 años que consulta por lesiones faciales de 6 meses de evolución sin mejoría tras tratamiento antibiótico oral por parte de su pediatra. No antecedentes de viajes ni estancias en áreas rurales ni costeras. La lesión había aparecido en los meses de otoño. A la exploración física: buen estado general, afebril y asintomática. Se aprecia nódulo eritematoso indurado y mal delimitado de 1 por 1 cm en mejilla izquierda. En párpado superior derecho hay otra lesión de características similares de menor tamaño. No se aprecian otras lesiones en el resto del tegumento. No drenaje ni fluctuación de las lesiones. No costra ni soluciones de continuidad.

**Tratamiento:** Ácido fusídico 20 mg/hidrocortisona acetato 10 mg crema dos aplicaciones al día durante 21 días.

**Evolución:** Resolución completa con discreto eritema residual.

**Discusión:** El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una entidad pediátrica cuyo nombre hace referencia a su parecido con un absceso, aunque con leves signos inflamatorios. Fue descrito en 1999 por un grupo dermatólogo francés como "pyodermite froide". Habitualmente los pacientes presentan uno o más nódulos no dolorosos, violáceos o eritematosos en región facial, mayormente en párpados y/o mejillas. Las lesiones suelen aparecer tras traumatismo leve, picaduras de insectos y tienden a resolución espontánea sin secuelas. No está demostrado que el uso de antibióticos o el simple paso del tiempo pueda conducir a la resolución de las lesiones. Aunque la etiología exacta no está clara, Boralevi et al postularon que el GAFI pudiera estar relacionado con respuestas granulomatosas secundarias a restos embriológicos o a manifestaciones dentro del espectro de la rosácea granulomatosa en la juventud. Dentro del diagnóstico diferencial de esta patología debemos considerar el quiste epidermoide, pilotracomas, chalazion, nevus de Spitz, xantogranuloma. A veces las lesiones se confunden con hemangiomas. Debemos tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de los nódulos faciales adquiridos en la infancia. El conocimiento de esta patología hace un diagnóstico clínico directo inmediato, sin requerir medidas invasivas.

## 17. LÁSER DE CO<sub>2</sub> PARA EL TRATAMIENTO DE SIRINGOMAS

M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. España.*

### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** Los siringomas son una patología frecuente en la consulta diaria del dermatólogo. Son más frecuentes en mujeres y en la zona facial por lo que, aunque es una neoplasia benigna, los pacientes requieren una solución por cuestiones estéticas.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de una mujer de 27 años, con múltiples pápulas normocoloreadas de pequeño tamaño localizadas bilateralmente en zona periorbicular. Las lesiones son asintomáticas pero la paciente demanda un tratamiento con fines estéticos. Se emplea un láser de CO<sub>2</sub>, en modo continuo, precisando tres puntos por lesión. El tratamiento se completó con dos sesiones más en las zonas donde persistían lesiones. Finalmente el resultado estético fue muy bueno 6 meses después del tratamiento, sin evidencia de cicatrices.

**Discusión:** Los siringomas son neoplasias benignas de estirpe ecrina, que excepcionalmente malignizan. Son lesiones muy frecuente en mujeres y de predominio en los párpados, por lo que su demanda estética es alta, pero su tratamiento puede resultar complicado. Tradicionalmente se empleaba la cirugía, criocirugía o la electrodisecación con resultados estéticos poco exitosos. El uso del láser en esta zona es de elección por causar menos dolor e inflamación y por la precisión que se puede alcanzar al emplearlo.

**Conclusiones:** El empleo del láser de CO<sub>2</sub> es una buena opción para el tratamiento de los siringomas con un resultado estético excelente.

## 18. LÁSER ND-YAG (LONG-PULSED NEODYMIUM: YTTTRIUM-ALUMINIUMGARNET LASER) COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA: ESTUDIO CLÍNICO-ECOGRÁFICO PROSPECTIVO DE 20 CASOS

A. Martorell Calatayud, V. Sanz-Motilva, M.L. García Melgares, L. Hueso Gabriel y A. Alfaro Rubio

*Hospital de Manises. Valencia. España.*

**Introducción:** La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las áreas intertriginosas.

**Objetivos:** Se realizó una evaluación clínica y ecográfica de la eficacia del láser de pulso largo Nd-Yag como tratamiento adyuvante en el manejo del paciente con HS.

**Métodos:** Se realizó un estudio clínico prospectivo controlado que incluyó a todos aquellos pacientes diagnosticados de HS entre diciembre de 2013 y octubre de 2013. Los pacientes fueron sometidos a 4 sesiones mensuales de láser Nd-Yag de pulso largo. Los pacientes suspendieron los diferentes tratamientos orales/tópicos desde 1 mes previo al inicio del tratamiento láser. La actividad de la enfermedad fue medida clínica y ecográficamente en la visita previa al tratamiento y la respuesta al tratamiento fue evaluada tras cada sesión de láser y posteriormente trimestralmente hasta cumplir 6 meses de seguimiento.

**Resultados:** Veinte pacientes fueron incluidos en el estudio (4 varones y 16 mujeres). Los estadios de gravedad incluidos se distribuyeron en un 65% de casos Hurley I, 25% Hurley II y 10% Hurley III. Clínicamente se objetivó una mejoría clínica de la patología en todos los casos incluidos en el estudio. Respecto al grado de mejoría en función del subgrupo de gravedad: Los casos incluidos como Hurley 1 mostraron un HiSCR en el 90% de los mismos. Los pacientes con estadios de Hurley II alcanzaron el HiSCR en el 10% de los casos. Por último, los casos Hurley III alcanzaron el HiSCR en el 7% de los casos. El dolor mejoró en el 80% de los casos, principalmente en los Hurley I y en menor medida en los II y III.

**Conclusiones:** El láser Nd Yag de pulso largo es un tratamiento adyuvante de utilidad en el control a largo plazo de la hidradenitis supurativa y puede resultar clave en el manejo de la enfermedad.

## 19. EFICACIA DE ADALIMUMAB EN EL MANEJO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA SEVERA. EJEMPLO DE MODELO DE SEGUIMIENTO CLINICOECOGRÁFICO

A. Martorell Calatayud, V. Sanz Motilva, M.L. García Melgares, C. Pelufo y A. Alfaro Rubio

*Hospital de Manises. Valencia. España.*

**Introducción:** Diferentes estudios describen la utilidad de diferentes terapias biológicas en el manejo de enfermedades difíciles de tratar como es la hidradenitis supurativa (HS). Sin embargo, existen pocos datos acerca de esta situación, que pueden hacer difícil la toma de decisiones acerca del mejor manejo de la enfermedad. A su vez, en muchas ocasiones es difícil considerar la gravedad de la HS únicamente mediante la exploración física general. Es por ello que técnicas no invasivas como la ecografía podrían ser útiles en el seguimiento de la enfermedad.

**Caso clínico:** Varón de 46 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, Diabetes tipo II y dislipemia, presenta desde hace 20 años presenta lesiones compatibles con hidradenitis supurativa Hurley III. El paciente había sido intervenido en 5 ocasiones, con resultado subóptimo. La exploración ecográfica mostró la presencia de múltiples pseudoabcesos y fístulas afectando principalmente a las nalgas. El paciente mostró una respuesta insuficiente a inmunosupresores. La antibioterapia combinada no fue tolerada. En esta situación se inició adalimumab como uso compasivo a las dosis que han demostrado ser las adecuadas para esta enfermedad: Semana 0: 160 mg; Semana 2: 80 mg; A partir de la semana 4, 40 mg semanal. Tras 3 meses de tratamiento, el paciente mostró una clara mejoría del cuadro, con un control de la enfermedad. La ecografía cutánea demostró la resolución de fístulas previamente visualizadas. Tras 6 meses de estabilidad de la enfermedad se espació el intervalo de dosis a 40 mg cada 2 semanas. Tras 4 meses a esta posología, el paciente muestra una estabilidad de la inflamación.

**Conclusiones:** La terapia biológica, en este caso adalimumab, abre una vía de tratamiento que puede ser de utilidad para los pacientes con hidradenitis moderada severa. La ecografía puede ser un método útil para complementar el seguimiento clínico de estos pacientes.

## 20. PUSTULOSIS EROSIVA DEL CUERO CABELLUDO TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

E. Baquero Sánchez, J.J. Domínguez-Cruz, L. Conejo-Mir y J. Conejo-Mir

*Servicio de Dermatología MQ y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción:** La pustulosis erosiva del cuero cabelludo (PECC) es una enfermedad inflamatoria infrecuente de etiología desconocida, que generalmente aparece en pacientes de edad avanzada y que se caracteriza por la presencia de pústulas estériles, erosiones y costras, alopecia cicatricial y atrofia cutánea. Su tratamiento es controvertido, considerándose como primera línea los corticoides tópicos potentes. También se han empleado derivados de la vitamina D3, isotretinoína oral, inmunomoduladores tópicos (tacrolimus y pimecrolimus) y terapia fotodinámica (TFD).

**Casos clínicos:** Presentación de cinco casos de PECC tratados con terapia fotodinámica. Todos los casos excepto uno fueron varones, con lesiones en cuero cabelludo clínica e histológicamente compatibles con PECC. En tres de los casos se aplicó TFD con metil 5-aminolevulinato (MAL) y exposición posterior de luz no coherente con la lámpara Aktlite® a 37J/m<sup>2</sup>. En 2 casos se procedió a realización

de tratamiento con ácido aminolevulínico (ALA) y exposición posterior a la luz del día. En todos los casos se observó una mejoría importante de las lesiones.

**Discusión:** La TFD ha demostrado ser un tratamiento eficaz, seguro y con buenos resultados cosméticos en el tratamiento de las queratosis actínicas. Sin embargo, en los últimos años, la TFD ha presentado un gran desarrollo también en enfermedades inflamatorias. Los casos publicados de PECC tratados con TFD son muy escasos, incluso se han descrito casos en los que se ha relacionado la TFD como desencadenante de la PECC. En nuestra serie de casos se observó buena respuesta al tratamiento desde el inicio, presentando únicamente efectos secundarios inmediatos (dolor, eritema y sensación de quemazón). En conclusión, y según nuestra experiencia, la TFD debe considerarse como una buena opción de tratamiento para los casos de PECC. Es necesaria la realización de estudios con un mayor tamaño muestral y sería necesario el seguimiento de estos pacientes para asegurar la eficacia a largo plazo.

## 21. PÉNFIGO BENIGNO FAMILIAR TRATADO CON TOXINA BOTULÍNICA A: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

C. Albarrán Planelles, D. Jiménez Gallo, M. Linares Barrios, L. Ossorio García y C. Arjona Aguilera

*UGC de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud. Cádiz. España.*

### PERLA TERAPÉUTICA

**Introducción:** El pénfigo benigno familiar se caracteriza por la presencia de erosiones y vesículas de predominio en flexuras, cursando por brotes recurrentes para los que existen múltiples líneas de tratamiento con regular respuesta. Entre los factores inductores se encuentra la hiperhidrosis; por tanto, el tratamiento de esta será importante para el control de la enfermedad. Presentamos cuatro casos de pénfigo benigno familiar que fueron tratados con toxina botulínica subcutánea con resultados satisfactorios.

**Casos clínicos:** Tratamos a cuatro pacientes con pénfigo benigno familiar (PBF) axilar, inguinal y/o perianal con mala respuesta a los fármacos pautados hasta el momento. Se trataba de una mujer y tres hombres de entre 35 y 81 años. Todos ellos presentaban antecedentes familiares de la misma enfermedad y estudio histopatológico que confirmaban el diagnóstico. La dosis de toxina botulínica fue variable entre ellos, según el tamaño del área afectada. Fueron evaluados cada dos meses y todos necesitaron una segunda infiltración. Los cuatro pacientes presentaron una aceptable mejoría clínica con disminución de la intensidad de los brotes y aumentaron el tiempo libre de enfermedad así como aumento de su calidad de vida.

**Conclusiones:** Se han descrito múltiples tratamientos para el PBF entre ellos antibioterapia tópica y oral, corticoides tópicos y sistémicos, ciclosporina, retinoides, dapsona, metotrexato, talidomida y PUVAterapia. Presentamos cuatro casos recalcitrantes a tratamientos tópicos y sistémicos, por lo que decidimos tratarlos con toxina botulínica subcutánea en las áreas afectadas, con buena respuesta. La toxina botulínica tiene dos principales indicaciones: las arrugas de expresión y la hiperhidrosis. En la actualidad existen publicaciones que defienden su uso en otras enfermedades como la enfermedad de Raynaud, flushing facial, eccema dishidrotico, cicatrización de úlceras y fisuras anales. En el caso del PBF existen casos aislados publicados con resultados satisfactorios, por lo que animamos a realizar estudios controlados para determinar la eficacia y seguridad de este tratamiento.