



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN ANDALUZA DE LA AEDV

Reunión Anual 2016 de la Academia Española de Dermatología y Venereología Sección Territorial Andaluza

Marbella, del 10 al 12 de marzo de 2016

1. GRANULOMA ELASTOLÍTICO ANULAR DE CÉLULAS GIGANTES

R. Peña Sánchez^a, M.L. Martínez Barranca^a, S. Cases Mérida^a, R. Martínez Castillo^b, I. García Morales^a, A. Pérez Gil^a, C. Begines Cabeza^a y J. Escudero Ordoñez^a

^aUGC de Dermatología; ^bUGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción: El granuloma elastolítico anular de células gigantes (GEACG) es una enfermedad infrecuente de etiología desconocida, que cursa con placas eritematosas, anulares con centro atrófico. Histológicamente destaca la formación de granulomas compuestos por linfocitos, histiocitos y células gigantes con fagocitosis de fibras elásticas, sin necrobiosis ni disposición en empalizada. La localización en áreas fotoexpuestas y la presencia de elastosis solar rodeando las lesiones llevaron a O'Brien, en 1975, a denominar esta entidad como granuloma actínico. Término sustituido en la actualidad por GEACC tras la demostración de lesiones idénticas clínica e histológicamente, sin la elastosis solar y en zonas no fotoexpuestas.

Caso clínico: Varón de 34 años, en tratamiento por epilepsia desde la infancia, que acude por lesiones en cuello, tronco y extremidades de 3 meses de evolución. A la exploración se observan pápulas eritematosas, pruriginosas que tienden a confluir en placas anulares diseminadas de 4-10 cm con centro atrófico hipopigmentado, afectando de tronco y extremidades superiores pero con mayor número de lesiones en áreas fotoexpuestas. En la biopsia cutánea se observaron granulomas con elastofagocitosis compatibles con GEACG y analítica sin hallazgos salvo serología positiva para VIH y sífilis, no conocida por el paciente.

Conclusiones: No se conoce la etiología del GEACG, postulándose la fotoexposición o el aumento de la temperatura como factores desencadenantes. Se cree que puede asociarse a enfermedades sistémicas, hay algunos casos descritos asociados a tumores sólidos y hematológicos, pero no se conoce relación con ITS. Nuestro paciente fue diagnosticado de sífilis y VIH+ en el estudio de las lesiones cutáneas. Aunque clínicamente algunas lesiones del paciente pudieran deberse a un secundarismo luético, la histología corresponde

a un GEACG. Por tanto, es probable que las infecciones o algún proceso febril asociado hayan actuado de factor desencadenante.

Bibliografía

Campos-Muñoz L, Díaz-Díaz RM, Quesada-Cortés A, Hernández-Cano N, Martín-Díaz MA, Rita, Regojo-Zapata M, Casado Jiménez M. Granuloma elastolítico anular de células gigantes: a propósito de un caso localizado en áreas no fotoexpuestas. Actas Dermosifiliogr. 2006;97:533-5.

Maya Talamantes EI, Hierro Orozco S, Jaimes Hernández V, Achell Nava L. Granuloma elastolítico anular de células gigantes. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. Dermatología Rev Mex. 2010;54:210-4.

2. NÓDULOS INFLAMATORIOS TRAS MESOTERAPIA

C. García Harana^a, J.M. Segura Palacios^a, I. Fernández Canedo^a, R. Fúnez Liébana^b, F. Fernández Sánchez^c, J.F. Millán Cayetano^a, P. García Montero^a y M. de Troya Martín^a

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

Introducción: La mesoterapia se basa en el uso de inyecciones intradérmicas de mezclas de sustancias con fines médicos o cosméticos. Debido a la solución de continuidad que producen en la barrera cutánea y a la infiltración de sustancias ajenas al organismo, no está exenta de complicaciones, entre las que destacan por su frecuencia los hematomas, los cambios temporales de pigmentación cutánea o las infecciones. Presentamos tres casos de paniculitis infecciosa tras mesoterapia.

Caso clínico: Tres pacientes mujeres, con edades comprendidas entre 42 y 47 años, consultaron por lesiones subcutáneas dolorosas tras realizar varias sesiones de mesoterapia en el mismo centro privado. Se trataba de nódulos eritematovioláceos fluctuantes distribuidos de forma lineal en ambos muslos y abdomen, con evolución hacia abscesificación y fistulización. En los tres casos se realizó biopsia cutánea, con resultado de paniculitis, así como cultivo mi-

crobiológico y técnica de PCR. El cultivo microbiológico resultó negativo en todas ellas y sólo en una paciente se observaron bacilos mediante la tinción de Fite-Faraco, identificándose *Mycobacterium abscessus* mediante técnica de PCR.

Discusión: La paniculitis por micobacterias atípicas es una complicación ya descrita tras tratamientos de mesoterapia, asociada tradicionalmente a material contaminado y con presentación frecuente en brotes epidémicos, con un incremento de casos descritos en los últimos años. Se presenta como nódulos subcutáneos eritematosos múltiples, fluctuantes y dolorosos en las zonas manipuladas, y continúa siendo un reto diagnóstico y terapéutico, debido a la dificultad de tipificación de la micobacteria, y a la alta tasa de resistencia antimicrobiana. Además de ello, la infección puede ocasionar secuelas estéticas con las consiguientes implicaciones legales, por lo que la identificación de casos debe ser comunicada a las instituciones sanitarias correspondientes.

Bibliografía

Ramos A, Roustan G, Lucena JL, Daza RM. Aparición de nódulos subcutáneos después de aplicación de mesoterapia. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:775-7.

Valdés F, Cid A. Micobacterias atípicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:331-57.

3. NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA POR ESLICARBAZEPINA: ¿ES EL HLA A*24:02 UN FACTOR PREDISPONENTE?

J.L. Sanz Cabanillas, C. Alcántara Reifs, R. Salido Vallejo, S. de la Corte Sánchez, M. González Padilla, J. Salvatierra Cuenca y A. Vélez García-Nieto

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

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una entidad poco frecuente que puede llegar a alcanzar un 30% de mortalidad. Se ha relacionado a gran número de fármacos con el riesgo de asociar una NET, siendo los fármacos antiepilépticos uno de los grupos de mayor riesgo.

Caso clínico: Varón de 85 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con captopril, que ingresa por cuadro de erosiones en mucosa oral acompañadas de exantema morbiliforme y fiebre de 38° C. Las lesiones cutáneas producían un despegamiento epidérmico que dejaba áreas denudadas, comprometiéndolo más del 30% de la superficie corporal. El paciente había iniciado tratamiento con eslicarbazepina 19 días antes por crisis parciales. Se realizaron estudios analíticos que mostraron una elevación de la PCR con aumento de enzimas hepáticas y función renal sin alteraciones. La histopatología mostró una necrosis en bloque de la epidermis con escaso componente inflamatorio en dermis. Tras retirar la eslicarbazepina se inició tratamiento con corticoides, medidas de soporte, ciclosporina e inmunoglobulinas intravenosas a dosis altas, con buena evolución de las lesiones y epitelización completa tras 30 días de ingreso. Se determinó si el paciente era portador del HLA B 15:02, siendo negativo. No obstante, se encontró que era homocigoto para HLA A*24:02.

Discusión: La eslicarbazepina es un fármaco antiepiléptico de reciente aparición utilizado en pacientes con crisis parciales que no responden a otros tratamientos. Existe una mayor susceptibilidad genética en personas con determinados HLA de padecer NET, de hecho, la NET por carbamazepina se ha asociado a pacientes con HLA B 15:02 y HLAA 31:01. Existen casos publicados de Síndrome de Stevens Johnson por eslicarbazepina, aunque no se han comunicado hasta la fecha casos de NET. En nuestro paciente hemos encontrado que era homocigoto para el HLA A*24:02, que previamente había sido relacionado con una mayor incidencia de NET en pacientes en tratamiento con lamotrigina. Dicho HLA podría asociarse a un mayor riesgo de padecer NET por eslicarbazepina aunque deberían

llevarse a cabo otros estudios para confirmar esa asociación. Esto permitiría realizar pruebas de *screening* previas para evitar esta grave dermatosis en los individuos más susceptibles.

4. PÉNFIGO HERPETIFORME. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

J.I. Galvañ Pérez del Pulgar^a, M. Linares Barrios^a, J. Tercedor Sánchez^a y A. Sanz Trelles^b

^aDERMACHAT (Grupo Español de Consenso Online en Dermatología). ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Quirón. Málaga. España.

Introducción: El pénfigo herpetiforme (PH), es una variante peculiar de pénfigo, de baja incidencia y prevalencia (7% de los casos de pénfigo). Desde el punto de vista fisiopatológico el PH se diferencia del pénfigo vulgar por la ausencia de acantolisis, la cual cuando está presente denota un grado avanzado de enfermedad, siendo a veces muy difícil realizar un diagnóstico adecuado. La inmunofluorescencia directa es determinante en el diagnóstico mostrando depósitos de Ig G y C3 en la superficie intercelular intraepitelial. La detección de autoanticuerpos Ig G frente a desmogleína 1 y con menos frecuencia frente a desmogleína 3, es la prueba que se utiliza para realizar el diagnóstico junto con la inmunofluorescencia. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades ampollosas como el penfigoide ampoloso, la dermatitis herpetiforme, el pénfigo Ig A, el pénfigo vulgar o la dermatosis Ig A lineal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años que consultó por vesículas y costras, mínimas bien delimitadas, localizadas en dorso, región preesternal, frente y algunas erosivas en cuero cabelludo de varios meses de evolución. No había afectación de mucosas. El Signo de Nikolsky fue negativo. La AP mostró una ampolla intraepidérmica reepitelizada con espongiosis neutrofílica, y la inmunofluorescencia mostró depósitos intercelulares de Ig G y ausencia de fenómenos acantolíticos. La inmunofluorescencia indirecta demostró positividad frente a desmogleína 1 y 3.

Discusión: El diagnóstico del PH como ocurrió en nuestra paciente, es difícil en los estadios iniciales, y puede confundirse tanto clínica como histopatológicamente, con otro tipo de entidades como el penfigoide o la dermatitis herpetiforme. A pesar de la baja incidencia del PH, nos encontramos frente a un tipo de pénfigo que es importante reconocer, porque el curso de la enfermedad y tratamiento es diferente del pénfigo convencional.

5. PUSTULOSIS AMICROBIANA DE LAS FLEXURAS

Á. Vargas Nevado, P. López Jiménez, E. Herrera Acosta, G. Pérez Cabello, M.V. Mendiola Fernández y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: La pustulosis amicrobiana de las flexuras es una dermatosis poco frecuente, que se caracteriza por la aparición de pústulas estériles recidivantes que afectan a los grandes pliegues, cuero cabelludo y zonas periorificiales, sobre todo el conducto auditivo externo. La mayoría de casos se han descrito en mujeres y se asocian a alteraciones inmunológicas, siendo la más frecuente el lupus eritematoso sistémico. Presentamos un nuevo caso de pustulosis amicrobiana de las flexuras, nuestra experiencia con otros dos casos y revisión de la literatura al respecto. Mujer de 50 años con antecedentes personales de lupus eritematoso sistémico desde hace 20 años que acude a consulta por presentar desde hace dos meses lesiones cutáneas localizadas en pliegues inguinales, axilares y submamaros, de aparición progresiva. En la exploración física, encontramos placas eritematosas, erosionadas y exudativas, con pústulas en la periferia en dichas localizaciones, afectando también a la zona genital. Se tomó cultivo de las lesiones que resultó negativo, así como biopsia para estudio histológico donde se observaban pústulas subcórneas y exocitosis de neutrófilos junto a un infiltrado

mixto en dermis superior y media. La inmunofluorescencia fue negativa. Con el diagnóstico de pustulosis amicrobiana de las flexuras se inició tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/kg/día, con remisión clínica de las lesiones en dos semanas, sin recidivas hasta el momento actual. La pustulosis amicrobiana de las flexuras es una entidad que puede incluirse dentro de las dermatosis neutrofilias. Normalmente aparece en el contexto de una alteración autoinmune y aunque no se conoce su etiología con exactitud, parece ser que la disfunción de los neutrófilos es la base de su etiopatogenia. Hasta el momento se han descrito un total de 35 casos en la literatura, la mayoría en el contexto de un lupus eritematoso sistémico. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos e histopatológicos, habiéndose descrito una serie de criterios mayores y menores. La primera línea de tratamiento son los corticoides sistémicos, con respuestas variables a otras opciones como retinoides orales, sulfonas, sulfato de zinc, metotrexato o ciclosporina.

Bibliografía

- Antille C, Frei M, Sorg O, Tran C, Kaya G, Masouyé I, et al. Amicrobial pustulosis of the folds associated with auto-immune disorders. *Dermatology*. 2008;216:324-9.
- Gambichler T, Boms S, Hochdorfer B, Altmeyer P, Kreuter A. Immunohistology of amicrobial pustulosis of the folds. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:155-8.
- Okuyama R, Masu T, Kumasaka N, Aiba S, Tagamy H. Amicrobial pustulosis of the folds affecting a young male without any accompanying autoimmune diseases. *Dermatology*. 2008;217:121-3.
- Marzano AV, Ramoni S, Caputo R. Amicrobial pustulosis of the folds. Report of 6 cases and a literature review. *Dermatology*. 2008;216:305.

6. ERUPCIÓN INTERTRIGINOSA POR DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. López Jiménez, A. Vargas Nevado, J. Suárez Pérez, V. Flores Secilla, R. Castillo Muñoz, R. Bosch García y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: La toxicidad cutánea de los quimioterápicos es muy frecuente y variada. La reacción más frecuente con el uso la doxorubicina es la eritrodisestesia palmo-plantar, si bien recientemente se ha descrito que en ocasiones puede aparecer una erupción muy característica en pliegues y zonas de fricción.

Caso clínico: Presentamos 2 casos de pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario localmente avanzado, que a lo largo de su evolución iniciaron tratamiento con doxorubicina liposomal pegilada. A las pocas semanas del primer ciclo de tratamiento desarrollaron una erupción pruriginosa en pliegues axilares a modo de placas eritematosas con bordes mal definidos, hiperpigmentación central reticulada y leve descamación superficial. Ante la sospecha de reacción adversa al tratamiento se procede a toma de biopsia. El estudio dermatopatológico reveló hiperqueratosis ortoqueratósica, queratinocitos atípicos y apoptóticos, degeneración vacuolar de la capa basal infiltrado linfocitario perivascular e intersticial. Ante estos hallazgos clinicopatológicos se procede al diagnóstico de erupción intertriginosa causada por doxorubicina.

Discusión: la erupción intertriginosa secundaria a doxorubicina se ha descrito recientemente. Consiste en la aparición, varias semanas tras la última dosis, de placas eritematosas en pliegues axilares y submamaros, con descamación, hiperpigmentación residual, a menudo con ulceración y dolor a la palpación. Para confirmar el diagnóstico es preciso realizar una biopsia donde se aprecia una dermatitis de la interfase con queratinocitos apoptóticos. Es importante realizar un diagnóstico temprano de esta dermatosis a fin de instaurar medidas preventivas precoces que eviten una reducción de la dosis del fármaco o la retirada del mismo.

7. MALFORMACIONES GLOMOVENOSAS MÚLTIPLES FAMILIARES: ESTUDIO DE 3 GENERACIONES

Á. Barranquero

Servicio de Dermatología. HH. UU. Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Las malformaciones glomovenosas (anteriormente conocidas como glomangiomas) son lesiones cutáneas que se originan a partir de células glómicas endoteliales. Pueden presentarse de forma esporádica o familiar, siendo en este último caso muy poco frecuentes y siguiendo un patrón de herencia autosómica dominante. Se relacionan con una mutación del gen que codifica la glomulina, localizado en el cromosoma 1p22.1 Presentamos una paciente de 21 años, que desde la infancia presenta lesiones nodulares azuladas de apariencia vascular en región malar izquierda y cara posterior de brazo derecho, con dolor a la palpación y con los cambios de temperatura. Abuelo paterno, padre y hermano presentan lesiones similares. La histopatología y las pruebas de imagen confirman el diagnóstico de malformaciones glomovenosas. Analizamos el patrón familiar y valoramos las distintas posibilidades terapéuticas. Estas malformaciones se presentan clínicamente como lesiones nodulares o en forma de placas con coloración azulada o eritematovioláceas, que suelen ser dolorosas a la palpación y no se vacían completamente a la presión. Estas lesiones afectan solo la piel y tejido celular subcutáneo, sin afectar mucosas o estructuras más profundas. Hay 3 variantes clínicas: la forma solitaria (la más frecuente, siendo típicamente de localización ungueal), la variante en placa (generalmente de aparición congénita) y una forma múltiple de presentación familiar. Se han descrito recientemente buenos resultados al tratar estas lesiones con Nd-YAG

Bibliografía

- Boon LM, Mulliken JB, Enjolras O, Vikkula M. Glomuvenous malformation (glomangioma) and venous malformation: distinct clinicopathologic and genetic entities. *Arch Dermatol*. 2004;140:971-6.
- Brouillard P, Ghassibé M, Penington A, Boon LM, Domp Martin A, Temple IK, et al. Four common glomulin mutations cause two thirds of glomuvenous malformations ("familial glomangiomas"): evidence for a founder effect. *J Med Genet*. 2005;42:e13.
- Phillips CB, Guerrero C, Theos A. Nd:YAG laser offers promising treatment option for familial glomuvenous malformation. *Dermatol Online J*. 2015. P. 21.

8. NÓDULOS SUBCUTÁNEOS FACIALES DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN

A. Martínez López^a, G. Blasco Morente^a, I. Pérez López^a, A..M Bueno Rodríguez^a, J. Aneiros Fernández^b, R. Ruiz Villaverde^a y J. Tercedor Sánchez^a

^aUGC Dermatología; ^bUGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción: Los nódulos subcutáneos faciales son una entidad relevante en la práctica clínica diaria, suponiendo un reto diagnóstico para el dermatólogo debido a su inespecificidad y a la gran variedad de patologías que pueden manifestarse con este signo. El reciente desarrollo de la ecografía dermatológica supone un apoyo no invasivo que ayuda a filiar el origen de esta entidad.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 57 años de origen venezolano, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias para valoración de lesiones subcutáneas faciales de 3 meses de evolución con episodios inflamatorios oscilantes y dolor ocasional. El examen físico mostró la presencia de nódulos subcutáneos bien delimitados, de consistencia firme y móvil, localizados en mejilla derecha y región frontal. La analítica urgente fue normal y una radiografía de senos realizada no mostró ocupación de los mismos. Se practicó una ecografía de los nódulos, apareciendo una imagen hi-

perecogénica “en tormenta de nieve” localizada en el tejido celular subcutáneo. La paciente reconoció a posteriori la aposición de implantes de silicona 20 años antes en región facial. El estudio histológico evidenció múltiples espacios vacuolados en dermis e hipodermis, rodeados de histiocitos y células gigantes multinucleadas rellenas de silicona. Con estos datos se realizó un diagnóstico de siliconoma, pautándose tratamiento con alopurinol 300 mg/8 h durante 2 meses, con buena respuesta.

Discusión: Los siliconomas son nódulos subcutáneos que suelen aparecer como consecuencia de la migración de silicona implantada en otra localización corporal, siendo predominantes en mujeres con rotura de prótesis mamarias. Pese a que el estudio histológico es imprescindible para su confirmación, la ecografía cutánea es especialmente útil para realizar el diagnóstico diferencial con otros materiales de relleno como el ácido hialurónico o la hidroxiapatita cálcica. Asimismo, es importante descartar la presencia de patología infecciosa, tumoral o inflamatoria en pacientes con nódulos subcutáneos faciales de reciente aparición.

9. ENFERMEDAD DE DARIER MOSAICISMO TIPO 1, VARIANTE POCO FRECUENTE

D. López Delgado, J. Sánchez López, M..A. Díaz Martínez, S. Sáenz Guirado, J. Aneiros Fernández y R. Naranjo Sintés

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción: La enfermedad de Darier, de herencia autosómica dominante, afecta a ambos sexos y todas las etnias. Se caracteriza por pápulas queratósicas foliculares de aspecto untuoso localizadas en áreas seborreicas. Una de sus variantes clínicas es la forma segmentaria, dividida en mosaicismos tipo 1 y tipo 2.

Caso clínico: Hombre de 49 años sin antecedentes de interés consulta por lesiones distribuidas en región costal izquierda de 10 años de evolución, que han ido aumentando su extensión y son discretamente pruriginosas. No antecedentes familiares de dermatosis. Las lesiones consisten en pápulas queratósicas siguiendo un trayecto blaschkoide desde la espalda hacia la línea media anterior. Se realiza biopsia cuyo resultado histológico reveló enfermedad de Darier. Dada la extensión de la lesión se instauró tratamiento tópico con retinoides y emolientes.

Discusión: Dentro de las variantes clínicas de la enfermedad de Darier hay dos, caracterizadas por una distribución de las lesiones lineal, blaschkoide, denominadas Darier segmentario. La enfermedad de Darier segmentaria se divide en dos subtipos, el mosaicismo tipo 1 y el mosaicismo tipo 2. Nuestro caso presenta el mosaicismo tipo 1, variante de Darier consistente en una o más bandas unilaterales formadas por pápulas hiperqueratósicas que siguen las líneas de Blaschko. Se debe a una mutación somática poscigótica del gen ATP2A2, sin antecedentes familiares de Darier, aunque en teoría se podría transmitir en los pacientes con mosaicismo gonadal, no se conocen casos aún. El mosaicismo tipo 2 es una variante más rara caracterizada por una enfermedad de Darier en banda lineal superpuesta a una enfermedad de Darier clásica generalizada. Los tratamientos son similares a los que se utilizan en la enfermedad de Darier clásica, pero al presentar una extensión menor se suele ser menos agresivo.

10. TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DEL NERVI PERIFÉRICO

P. Aguayo Carreras^a, F.J. Navarro Triviño^a, M.L. Porriño Bustamante^a, J.C. Ruiz Carrascosa^a, J.A. Retamero^b y R. Naranjo Sintés^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada. España.

Introducción: El tumor maligno de la vaina del nervio periférico (TMVNP) es una neoplasia rara que representa un 2% de las neoplasias

de los nervios periféricos. La mayoría de los casos se origina por degeneración maligna de un neurofibroma preexistente en pacientes con neurofibromatosis de Von Recklinghausen, con una frecuencia de 8-12%; mientras que en la población general es del 0,0001%. **Caso clínico:** Varón de 64 años que consultó por tumoración asintomática en la planta de pie izquierdo de siete meses de evolución. Como antecedentes de interés destacaba poliomielitis en la infancia con hemiparesia izquierda residual de predominio crural que le dificultaba la deambulacion. A la exploración se observaba una masa tumoral bien definida de 6 x 7 cm de diámetro, ulcerada y exudativa. El estudio histopatológico mostró una neoformación que se disponía formando diferentes patrones de crecimiento. Un patrón de células bien diferenciadas y áreas hipocelulares, alternando con áreas indiferenciadas que formaba pseudorosetas perivasculares de elementos cohesivos, sin límites citoplasmáticos bien definidos. Asimismo, zonas con empalizada nuclear. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para vimentina, SOX10, con positividad focal para proteína S100. No mostró positividad para CD99, MyoD1, miogenina, MelanA, HMB-45, MITF, tirosinasa, CD45, CD45RO, AE1/AE3, CD56, HBME-1, podoplanina, E-caderina, AML, CD34 y CD68. La actividad proliferativa (Ki67) de las células tumorales se encontraba entre el 5-20%. Los hallazgos fueron compatibles con tumor maligno de las vainas de los nervios periféricos. Se le realizó extirpación con márgenes amplios de tejido sano perilesional y reconstrucción del defecto mediante injerto de piel total obtenido de muslo izquierdo.

Discusión: El TMVNP afecta a los tejidos blandos profundos y no suele implicar la piel. Se plantea el diagnóstico diferencial clínico con carcinoma espinocelular cuniculatum y melanoma amelanótico. El pronóstico del TMVNP es desfavorable con una supervivencia media de 2-3 años desde el diagnóstico.

11. EXPERIENCIA CON FÁRMACOS ANTIINTERLEUCINA 1 EN DERMATOSIS NEUTROFÍLICAS Y SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS

C. Arjona-Aguilera, D. Jiménez-Gallo, L. Ossorio-García, C. Collantes-Rodríguez, M. Salamanca-Sánchez, A. Martínez-Rodríguez, I. Nieto-Montesinos y M. Linares-Barrios

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. España.

Introducción: La interleucina (IL) 1 constituye el prototipo de IL proinflamatoria que coordina la respuesta inmune innata frente a antígenos exógenos o endógenos. El desequilibrio entre IL-1 activada y su factor inhibidor (IL-1 Ra) ha sido implicado en el desarrollo o el agravamiento de multitud de enfermedades sistémicas, como los síndromes autoinflamatorios monogénicos y las dermatosis neutrofílicas. El exantema urticarial es una manifestación cutánea común a muchas de estas enfermedades autoinflamatorias constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico para el dermatólogo. El retraso diagnóstico es un factor clave para el desarrollo de complicaciones. Actualmente existen fármacos biológicos cuya diana terapéutica es la IL-1, principalmente anakinra y canakinumab, con demostrada eficacia en diversas enfermedades donde los fenómenos de autoinflamación participan activamente en la fisiopatología.

Caso clínico: Hombre de 49 años sin antecedentes de interés consulta por lesiones distribuidas en región costal izquierda de 10 años de evolución, que han ido aumentando su extensión y son discretamente pruriginosas. No antecedentes familiares de dermatosis. Las lesiones consisten en pápulas queratósicas siguiendo un trayecto blaschkoide desde la espalda hacia la línea media anterior. Se realiza biopsia cuyo resultado histológico reveló enfermedad de Darier. Dada la extensión de la lesión se instauró tratamiento tópico con retinoides y emolientes.

Objetivos: Descripción de nuestra experiencia con fármacos anti-IL-1 en la unidad de enfermedades sistémicas de la UGC de Dermatología del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo tipo serie de casos. Se recogieron todos los pacientes de nuestra unidad de enfermedades sistémicas tratados con fármacos anti-IL-1 en monoterapia desde enero 2014 hasta la actualidad (n = 4). Se evaluaron datos demográficos, diagnóstico, manifestaciones cutáneas, manifestaciones sistémicas, tratamientos previos, dosis y tiempo de tratamiento, efectos secundarios y respuesta al tratamiento.

Resultados: Paciente 1 (mujer 39 años): Dermatitis urticarial neutrofílica. Sin respuesta a antihistamínicos ni corticoides sistémicos. Remisión clínica con anakinra 100 mg/24 horas subcutáneo (sc). No se registraron efectos indeseables. Paciente 2 (varón 61 años): Síndrome de Schnitzler. Sin respuesta a corticoides ni ciclosporina oral. Remisión clínica con anakinra 100 mg/24 horas sc. No se registraron efectos indeseables. Paciente 3 (varón 62 años): Urticaria-vasculitis. Remisión clínica con anakinra 100 mg/24 horas sc. No se registraron efectos indeseables. Paciente 4 (varón 63 años): Síndrome autoinflamatorio neutrofílico. Buena respuesta a anakinra 100 mg/24 horas sc pero intolerancia por reacción local intensa. Remisión clínica con canakinumab 150 mg/8 semanas sc sin efectos indeseables.

Discusión: Presentamos nuestra experiencia con fármacos anti-IL1 en cuatro pacientes con enfermedad autoinflamatoria neutrofílica, siendo la respuesta excelente salvo en el caso de anakinra en el cuarto paciente que no toleró por reacción adversa local importante precisando cambio a canakinumab. El uso de fármacos anti-IL-1 supone una nueva arma terapéutica para el dermatólogo frente a dermatosis neutrofílicas y síndromes autoinflamatorios.

12. DERMATOSIS NEUTROFÍLICAS: SERIE DE CASOS

M. Lova Navarro^a, M.C. Girona Gallegos^a, B. Ferri Níguez^a, T. Martínez Menchón^b, D.J. Godoy Díaz^a, M.D. Fernández Ballesteros^a, A. Vera Casaño^a, L. Martínez Pilar^a, A. Sanz Trelles^a y J.F. Frías Iniesta^a

^aServicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^bServicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Regional de Málaga. Málaga. España.

Introducción: Las dermatosis neutrofílicas (DN) constituyen un grupo clínicamente heterogéneo que comparten un sustrato histopatológico común, consistente en un predominante infiltrado neutrofílico aséptico en la epidermis y/o dermis y/o tejido celular subcutáneo. Incluso algunos pacientes presentan además infiltrados neutrofílicos en otros órganos internos, definiendo entonces el término de “enfermedad neutrofílica”.

Objetivos: Poner de manifiesto que las DN pueden mostrar una gran variabilidad clínica, de parámetros sanguíneos, histopatológicos, así como de asociación con diferentes fármacos, hábitos tóxicos y enfermedades sistémicas.

Material y métodos: Un estudio retrospectivo de un período de cinco años, del 1 enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015, que recoge los casos de DN que han sido diagnosticados en los servicios de dermatología del Hospital Regional de Málaga y del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. En todos los pacientes se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, histopatológicos así como la asociación con fármacos, tabaquismo y enfermedades sistémicas (Inflamatorias o neoplásicas).

Resultados: Los 10 casos de DN diagnosticados fueron adultos con edades comprendidas entre 33 y 72 años, existiendo un predominio del sexo masculino (70%). Hasta el 40% de los casos mostró una evolución crónica que oscilaba de 6 meses hasta 12 años. En el 60% de los casos las lesiones mostraban una única expresión clínica, pero se observó una expresión clínica combinada en 4 casos. La

distribución más frecuente fue la localizada, con 6 casos. En la mitad de los casos no existía leucocitosis con neutrofilia ni aumento de VSG ni de PCR. Hasta 4 casos presentaban infiltrados neutrofílicos que se extendían a más de una capa de la piel. Destaca que la mitad de los pacientes eran fumadores, siendo la respuesta a los tratamientos menor en este grupo. Se encontró enfermedad sistémica asociada en un 60% de los casos.

Discusión: Las DN no siempre son agudas, febriles, con neutrofilia y aumento de marcadores de fase aguda en sangre periférica. La expresión clínica puede ser variada en un mismo paciente, con una distribución que puede ser localizada o generalizada. Las lesiones histopatológicamente pueden afectar a más de una capa de la piel. El consumo de tabaco puede empeorar la evolución de las DN. Es posible la asociación con enfermedades inflamatorias o neoplásicas subyacentes.

13. RESPUESTA AL METOTREXATO, ¿SUERTE O MAGIA?

S. Cases, R. Peña Cases, A. Pérez Gil, L. Molina Jiménez, I. García Morales, M.L. Martínez Barranca, C. Begines Cabeza y J. Escudero Ordóñez

UGC Dermatología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Introducción: El carcinoma de Merkel es un tumor primario cutáneo agresivo que habitualmente afecta a personas de edad avanzada localizándose principalmente en cabeza y cuello. Dada su baja incidencia es difícil establecer unos protocolos terapéuticos bien definidos por lo que habitualmente se tiende a individualizar el tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 94 años pluripatológica derivada por presentar tumoración eritematoviolácea en mejilla derecha, cupuliforme de rápido crecimiento. El estudio histológico reveló que se trataba de un carcinoma de Merkel. Por la edad y antecedentes de la paciente, se desestimó el tratamiento quirúrgico. Finalmente, se optó por inyectar metotrexato intralesional y posteriormente, remitirla a radioterapia. A las pocas semanas, antes incluso de acudir a la primera sesión de radioterapia, presentó una remisión completa de la lesión. Tras meses de seguimiento, sigue libre de enfermedad.

Discusión: Las últimas guías que tratan del abordaje del carcinoma de Merkel, recomiendan en la enfermedad localizada exéresis completa con márgenes de seguridad de 1-2 cm y, en función del tamaño, biopsia selectiva de ganglio centinela o bien seguimiento periódico, con ecografía y exploración física cada 4 meses. En pacientes de edad avanzada se discute el beneficio de la radioterapia local. Clásicamente, el metotrexato ha sido utilizado en combinación con otros en la poliquimioterapia utilizada en estadios avanzados. En nuestro caso, utilizamos metotrexato intralesional neoadyuvante con el objetivo de disminuir la masa tumoral aunque consiguió una remisión completa de la enfermedad. En conclusión, el metotrexato intralesional puede ser otra opción a tener en cuenta en el manejo terapéutico del carcinoma de Merkel.

14. ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ACNÉ Y SUS CONVIVIENTES

E. Martínez García^a, S. Arias Santiago^b, K. Kim^c y A. Buendía Eisman^d

^aHospital de Antequera. ^bComplejo Hospitalario de Granada.

^cUniversity of Arkansas for Medical Sciences. ^dFacultad de Medicina de la Universidad de Granada. Granada. España.

Introducción: Numerosos estudios han analizado la influencia de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida y la salud psicosocial de los pacientes. Sin embargo, el modo en que esta enfermedad afecta a los convivientes de los pacientes ha sido muy poco estudiado.

Objetivos: Analizar el impacto del acné sobre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida de los pacientes y sus convivientes.

Material y métodos: 97 individuos participaron en este estudio. Los participantes se dividían en 2 grupos: pacientes y convivientes de pacientes. Para determinar la afectación de la calidad de vida se utilizó el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI), mientras que para medir la afectación psicológica se usó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). También se recogieron los datos demográficos de los participantes y las características clínicas de los pacientes.

Resultados: El 83% de los convivientes mostraron afectación de su calidad de vida por la enfermedad. El FDLQI de los convivientes se asoció de forma estadísticamente significativa con el DLQI de los pacientes. Los niveles de ansiedad y depresión de ambos grupos mostraron una correlación estadísticamente significativa.

Limitaciones: Estudios con un mayor tamaño muestran serán necesarios para poder determinar en qué medida subgrupos de pacientes y convivientes presentan un mayor deterioro de su calidad de vida.

Conclusiones: El acné condiciona una afectación profunda sobre el bienestar global de los pacientes y sus convivientes.

15. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA CERVICOFACIAL TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE

P. García-Montero^a, F. Rivas^{b,c}, N. Blázquez Sánchez^{a,b}, I. Fernández Canedo^a, M.T. Fernández Morano¹, J. del Boz², J.F. Millán Cayetano^a y M. de Troya Martín^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. España. ^bRed de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). ^cUnidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

Introducción: El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es un problema de salud creciente a nivel mundial, siendo el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular los tumores más frecuentes de la humanidad. Aunque el CCNM asocia una baja tasa de mortalidad, su morbilidad es elevada ya que el 80% de estas neoplasias asientan en la región facial, ocasionando por sí mismas o a consecuencia de la cirugía frecuentes trastornos funcionales y estéticos.

Objetivos: Analizar los cambios en la calidad de vida de los pacientes con CCNM cervicofacial a lo largo de su proceso asistencial.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal de una cohorte de 100 pacientes con CCNM cervicofacial tratados mediante cirugía. Se administró la versión española del cuestionario "Skin Cancer Index" en tres momentos (t0: confirmación diagnóstica, t1: 7 días tras la cirugía, t2: 5 meses tras la cirugía). Se determinaron las puntuaciones de la escala y sus componentes (C1: social/estético, C2: emocional). Se compararon las diferencias temporales (t0-t1, t1-t2 y t0-t2) y se realizó un análisis segmentado según diferentes variables.

Resultados: Un total de 88 pacientes completaron el estudio, de los cuales el 54,8% fueron hombres, siendo la edad media de 62,5 años (DE: 14,1). Las puntuaciones medias fueron de 59,2 (t0), 63,9 (t1), 75,3 (t2) para la escala global; 79,4 (t0), 84,4 (t1), 90,5 (t2) para el componente C1; y 31,0 (t0), 35,1 (t1), 54,1 (t2) para el componente C2; hallándose diferencias significativas en los contrastes temporales ($p < 0,05$). En el análisis segmentado por sexo y por edad, se hallaron puntuaciones inferiores en todas las valoraciones en las mujeres y en los pacientes menores de 65 años.

Discusión: Los resultados obtenidos concuerdan con los revelados por estudios similares en países anglosajones. El momento de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes con CCNM cervicofacial es el previo a la cirugía, prevaleciendo el componente emocional sobre el social/estético. Asimismo, se ha podido comprobar la existencia de ciertos factores asociados a una mayor vulnerabilidad en estos pacientes.

16. LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS DE CÉLULAS T: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CALIDAD DE VIDA

P. Martín Carrasco^a, M. Morillo Andújar^a, R. Cabrera Fuentes^a, L. Rodríguez Fernández-Freire^a, T. Zulueta Dorado^a, R. Cabrera Pérez^b y J. Conejo-Mir^a

^aUGC Dermatología; ^bUGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los linfomas cutáneos primarios (LCP) son neoplasias derivadas de linfocitos, limitadas a la piel sin evidencia de enfermedad extracutánea en el momento del diagnóstico inicial. De forma aproximada, el 75% de ellos se origina en las células T (LCP-T). Existen muy pocos estudios sobre esta patología a nivel nacional y ninguno sobre población andaluza. Tampoco ha sido recogido, hasta ahora, el impacto de estas entidades en la calidad de vida de los pacientes que las sufren.

Objetivos: Nuestro objetivo era describir las características demográficas, clínicas, histológicas y evolutivas de pacientes con LCP-T diagnosticados y tratados en nuestro hospital y, por otro lado, estudiar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Métodos: Elaboramos un estudio descriptivo retrospectivo en el que incluimos todos los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de LCP-T que fueron diagnosticados y tratados en nuestro centro entre 2005 y 2015 de los que incluimos características clínicas, epidemiológicas, histopatológicas, de supervivencia y evolución y de respuesta al tratamiento. Así mismo, 51 de los pacientes completaron el cuestionario sobre calidad de vida en dermatología (DLQI) en su versión en español.

Resultados: Incluimos 105 pacientes con LCP-T con una incidencia de 1.87 casos/100.000 habitantes/año y un seguimiento medio de 33 meses. 76 fueron hombres (72,4%) frente a 29 mujeres (27,6%) siendo la micosis fungoide con 80 casos (76,2%) el subtipo más frecuente, seguido de la papulosis linfomatoide (10 casos; 9,5%). 15 (14,3%) pacientes (desarrollaron un síndrome de Sezary completo y 11 (10,5%) fallecieron, todos con el LCP-T como causa. Las cifras de LDH en el momento del diagnóstico se relacionaron de forma significativa ($p < 0,05$) con el TNM máximo alcanzado y la supervivencia. La media del DLQI fue 3,87 (escaso efecto en la vida del paciente).

Conclusiones: Presentamos uno de los mayores estudios sobre LCP-T con respecto a los publicados en la literatura hasta el momento y el primero en población andaluza. Por otro lado, se trata del primer estudio sobre calidad de vida en estos pacientes. También demostramos que cifras elevadas de LDH en el momento del diagnóstico se relacionan significativamente con peor pronóstico y supervivencia en pacientes con LCP-T.

17. ¿PONER O NO PONER MÚSICA EN QUIRÓFANO?: NO SÓLO UNA CUESTIÓN DE AZAR

A. Ruiz-de-Casas, N. López-Ibáñez, M. Morales-Conde y D. Moreno-Ramírez

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

Introducción: Existen numerosas publicaciones que hacen referencia a los beneficios que aporta la música sobre la sensación de estrés y ansiedad que sufren los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos, pero hasta la fecha hay muy poca literatura al respecto sobre dichos efectos en el personal sanitario que trabaja en quirófono. Basándonos en un estudio publicado en la revista *Injury*, hemos realizado un cuestionario específico, dirigido fundamentalmente a cirujanos, anestelistas y enfermeros, con preguntas acerca de los distintos aspectos que puede suponer escuchar música mientras realizan los procedimientos quirúrgicos. A continuación, se procedió al análisis estadístico de los resultados obtenidos y a su interpretación, valorando múltiples variables, como la edad, la especialidad quirúrgica o el tipo de procedimiento, entre muchas otras, y su relación

con el hecho de escuchar o no música y el beneficio a la hora de potenciar la habilidad quirúrgica, la comunicación y la eficiencia en el personal sanitario que trabaja en el quirófano.

18. HÁBITOS DE EXPOSICIÓN SOLAR Y PRÁCTICAS DE FOTOPROTECCIÓN EN SKATERS

T. Fernández Morano^a, F. Rivas Ruiz^b, L. Padilla España^a, N. Blázquez Sánchez^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, I. Fernández Canedo^a, A. Buendía Eisman^c y M. de Troya Martín^a

^aDepartamento de Dermatología; ^bDepartamento de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. España. ^cFacultad de Medicina. Granada. España.

Introducción: Los baños en la playa y los deportes al aire libre, son prácticas de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel. Uno de los deportes que más popularidad está alcanzando en los últimos años entre los adolescentes es el *skateboarding*. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los hábitos de exposición solar (HES) y las prácticas de protección solar (PPS) de los jóvenes que practican *skateboarding* comparativamente con la asociada a la exposición solar en la playa.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. Participaron 122 adolescentes *skaters* en una competición organizada en el Skate Park de Fuenigürola. Antes de la competición completaron un cuestionario que incluían datos demográficos, color de piel, fototipo, quemaduras solares, HES y PPS. El mismo día los profesionales sanitarios atendieron personalmente a los deportistas y administraron consejo en fotoprotección, entrega de folletos educativos, muestras de cremas y gorras.

Resultados: El 91,6% de los *skaters* afirmaron practicar deporte al aire más de 90 días al año frente al 6,1% en la playa. El 52,1% pasaban 5 o más horas al día practicando deporte frente al 43,3% en las playas. Refirieron mayor uso de camisetas con manga durante la práctica deportiva (65,9%) que en la playa (33,3%). Por el contrario, el uso de cremas fue menor durante el deporte (18,7%) que en las playas (33,3%). Respecto a la satisfacción con la intervención, el 70% indicaron una buena aceptación, el 58% afirmaron haber aprendido a protegerse y el 57% manifestaron intención de protegerse mejor.

Conclusiones: Los deportistas *skaters* son un grupo de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel debido a los malos HES, las altas tasas de quemaduras solares y el escaso uso de medidas de fotoprotección. Intervenciones educativas y conductuales específicos deben ser dirigidas a este grupo de riesgo para mejorar las conductas de fotoprotección.

19. RADIACIÓN ULTRAVIOLETA A EN CABINA DE AVIÓN: EL DAÑO POTENCIAL PARA LOS PILOTOS ES MÁS SIGNIFICATIVO DE LO QUE SE PENSABA

J. Aguilera^a, M.V. de Gálvez^a, S. Vidal-Asensi^b, E. Valero-Criado^c, J. Cumplido-Tercero^c y E. Herrera-Ceballos^a

^aDepartamento de Medicina y Dermatología. Facultad de Medicina. Laboratorio de Fotobiología Dermatológica. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Universidad de Málaga. Málaga. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla e Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa y Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. ^cGrupo 45 Base Aérea de Torrejón. Madrid. España.

Introducción: En el caso de la sobreexposición cutánea respecto al incremento de altitud es de sobra conocido por lo que el riesgo en personas que tienen que superar altas cotas de altitud como los pilotos de líneas aéreas, que superan durante muchas horas a lo largo de su vida altitudes por encima de 10.000 metros por lo que las medidas de fotoprotección en dichos trabajadores debería ser potenciada a la hora de evitar patologías a largo plazo. No obstante estas dosis de UV deberían ser bien evaluadas ya que los pilotos no están expuestos directamente a la radiación UV sino que es la transmitida a través de

los cristales de las ventanas, y la composición del material de su construcción hace que se filtren algunas longitudes de onda y otras no, lo cual a priori, garantiza la no exposición a la radiación UVB. No obstante, parte de la radiación UVA penetran a través del acristalamiento y su participación en la generación de patologías relacionadas con la generación de estrés oxidativo, tipo envejecimiento cutáneo, o elastosis dérmica, es evidente sin dejar aparte su implicación demostrada en la generación del melanoma maligno.

Objetivos: Analizar, mediante medias espectrales de radiación ultravioleta el efecto potencial dañino de la radiación UVA en condiciones de vuelo real.

Material y métodos: Se han medidas espectrales en todo el espectro ultravioleta en cabina de avión mediante el uso de dos espectrorradiómetros (espectrorradiómetro CCD y espectrorradiómetro de doble monocromador). El primero a 2 cm del cristal lateral de la cabina de pilotos y el segundo en posición donde se coloca el piloto, justo a la altura del hombro. Se han realizado medidas espectrales durante un vuelo normal con duración total de 3 horas 30 min y se han analizado los cambios de irradiancia solar con el incremento de altitud o el grado de posicionamiento del avión respecto al sol en máxima altitud, así como que se ha calculado la dosis total de UVA e irradiancia eritemática y para otros espectros de acción durante todo el transecto.

Resultados y discusión: Los resultados muestran variaciones en incremento de radiación UVA casi de un 15% con respecto al incremento de altitud y se observa una disminución lineal respecto al ángulo de posicionamiento del avión frente al sol respecto a su posición directa al sol. El valor de irradiancia máxima alcanzado a 10000 de altitud fue de 2,3 mJcm⁻² de UVA. La dosis total en la posición del piloto a lo largo del transecto medido (3,5 horas) fue de 8 J cm⁻², mientras que si todo el tiempo hubiese sido en posicionamiento directo al sol en máxima altitud (simulando un vuelo más largo) durante todo este periodo de tiempo de 3,5 horas, la dosis UVA alcanzo los 29 J cm⁻². Si se comparan con la radiación UVA obtenida durante una sesión de bronceado artificial (alrededor de 14 Jcm⁻²) los valores en medidas reales durante el transecto fueron menores, aunque si el avión hubiese permanecido durante todo el transecto en posición directa al sol en máxima altitud, se hubiese alcanzado una dosis de UVA del doble de una sesión de bronceado. A nivel de irradiancia eritemática con esta premisa hubiese sido la de la mitad de 1 DEM para fototipo I, lo cual también es significativo.

Conclusiones: La exposición a la radiación UVA en la cabina de los pilotos de avión con acristalamiento tipo cristal templado es muy significativa y entra en riesgo potencial para diferentes patologías cutáneas, por lo que la fotoprotección auxiliar para los pilotos ha de ser una herramienta muy necesaria por no decir obligatoria para el desarrollo de su profesión con mínimos riesgos actínicos.

20. MELANOMA: UN CASO PARA APRENDER

S. Simonsen^a, S. Martínez García^a, L. Martínez Pilar^a, A. Montesa Pino^b, A. Vera Casaño^a, E. Gómez Moyano^a, D. Godoy Díaz^a y M. Fernández Ballesteros^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología. Hospital Regional de Málaga. Málaga. España.

Introducción: El melanoma ha experimentado un importante aumento de incidencia en los últimos años. La estimación del riesgo de recurrencia local y metástasis ganglionares en función del estadiaje hace necesario un protocolo de seguimiento y así como una sistemática de actuación en las diferentes situaciones que nos podemos encontrar en el proceso melanoma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 34 años que fue diagnosticado de melanoma de extensión superficial en zona lumbar con Breslow de 0,6 mm, sin mitosis ni ulceración, estadio IA, en 2013. Se siguió en los meses siguientes con radiografía de tórax, ecografía locorregional ganglionares inguinales y abdominales semestrales, así como analítica con S-100 y LDH. A los 16 meses del

diagnóstico se detectó en la ecografía de control, múltiples adenopatías en región inguinal con sospecha de malignidad. El reestadije del paciente nos ha permitido valorar la sensibilidad y especificidad de las pruebas complementarias realizadas.

Discusión: El protocolo de seguimiento tras el diagnóstico de melanoma así como la sistemática de actuación en pacientes con recidivas es muy variable. Presentamos un caso que subraya la necesidad de valorar los resultados según la sensibilidad y especificidad de cada prueba, el contexto del paciente, así como la importancia del Comité Multidisciplinar de Melanoma para enfrentarnos a estos pacientes.

21. ELECTROQUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO LOCORREGIONALMENTE AVANZADO

J. Raya-Maldonado, F. Ildefonso-Mendonça, L. Ferrándiz-Pulido, F.J. Martín-Gutiérrez, A. Ruiz-de-Casas y D. Moreno-Ramírez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La electroquimioterapia (EQT) consiste en la administración intravenosa o intratumoral de bleomicina seguida de la electroporación de las células tumorales mediante la aplicación de pulsos eléctricos de alto voltaje. La EQT ha demostrado respuestas terapéuticas superiores al 60% en pacientes con melanoma regionalmente avanzado, y superiores al 7% en carcinoma espinocelular.

Caso clínico: Describir la técnica de EQT en el tratamiento de tumores cutáneos locorregionalmente avanzados irreseables.

Material y métodos: Hombre de 59 años con melanoma nodular T4a supraumbilical, BSGC+ con linfadenectomía negativa y metástasis cutáneas múltiples en la región pectoral izquierda y periumbilical. Mujer de 82 años intervenida en múltiples ocasiones por carcinomas basocelulares en la punta nasal. Actualmente presenta una recidiva local con invasión de espesor total del ala nasal. Bajo anestesia general y bloqueo muscular se procede a la infusión de 15.000 UI/m² de bleomicina por vía intravenosa y a la aplicación de pulsos eléctricos mediante el equipo Cliniporator > (IGEA >) de 730V (93 pulsos) y 400V (6 pulsos), respectivamente.

Resultados: En ambos casos las lesiones han presentado respuesta completa con toxicidad limitada a eritema local, prurito intenso en el paciente con melanoma y dolor controlado mediante analgesia de primer escalón.

Conclusiones: La EQT es una técnica recomendada en el tratamiento del melanoma locorregionalmente avanzado no reseable y en ausencia de enfermedad a distancia. En el tratamiento del carcinoma basocelular la EQT representa una alternativa paliativa a la cirugía mutilante de la región facial.

22. IMPACTO DE LA DERMATOSCOPIA EN EL SCREENING DEL CÁNCER DE PIEL MEDIANTE TELEDERMATOLOGÍA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO SOBRE LA EFICACIA Y EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA TELEDERMATOSCOPIA

M. Morales-Conde, L. Ferrándiz, T. Ojeda-Vila, A. Corrales Rodríguez, F.J. Martín-Gutiérrez, A. Ruiz-de-Casas, R. Galdeano, I. Álvarez-Torralba, F. Sánchez-Ibáñez, J.M. Domínguez-Toro, F. Encina, F.J. Narbona, J.M. Herrerías-Esteban y D. Moreno-Ramírez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte-Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Distrito de Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España.

Introducción: La teledermatología (TDC) consiste en el uso de imágenes dermatoscópicas para la toma de decisiones en telemedicina

sobre lesiones sospechosas de cáncer de piel. Sin embargo las ventajas de la teledermatología sobre la dermatología basadas en imágenes clínicas no ha sido validada en el proceso cáncer de piel.

Objetivos: Analizar los beneficios potenciales de la dermatoscopia en el *screening* del cáncer de piel mediante telemedicina.

Métodos: Estudio aleatorizado controlado sobre pruebas diagnósticas en el que se compararon 2 grupos de estudio: pacientes atendidos mediante teleconsulta de imágenes clínicas (TCC) y pacientes atendidos mediante TCC con imágenes dermatoscópicas (TCC+TCD). Variables de resultado: eficacia de ambas metodologías (frecuencia de derivación), confianza diagnóstica, validez diagnóstica (sensibilidad, especificidad) y tiempo de dedicación del médico de atención primaria y del dermatólogo en la resolución de TCC y TCC+TCD. El presente estudio incluyó los primeros 250 pacientes del proyecto IMPAC, análisis interino, ensayo clínico aleatorizado de 2 años de reclutamiento.

Resultados: El grupo de pacientes atendido mediante TCC+TCD alcanzó un porcentaje superior de pacientes no remitidos a consulta presencial (76,80% vs 60,80%, $p = 0,001$). En los pacientes con lesiones pigmentadas este porcentaje aumentó hasta el 89,13% y 69,39%, respectivamente ($p = 0,001$). El tiempo dedicado por el médico de atención primaria en TCC+TCD fue superior que en TCC (8,70 vs. 7,44 minutos; $p = 0,01$). El porcentaje de diagnósticos emitidos con el máximo nivel de confianza diagnóstica se incrementó en el grupo de TCC+TCD (79,20% vs 61,60%; $p = 0,001$). Las imágenes dermatoscópicas mejoraron la sensibilidad (1,00 [TCC+TCD] vs 0,83 [TCC]; $p = 0,001$) y la especificidad (0,97 [TCC+TCD] vs 0,81 [TCC]; $p = 0,01$).

Conclusiones: Las imágenes dermatoscópicas mejoran significativamente el *screening* del cáncer de piel mediante telemedicina. Estos hallazgos representan los primeros resultados respaldados con el máximo nivel de evidencia en cuanto a los beneficios de la teledermatología en el *screening* del cáncer de piel.

23. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE LA AFECTACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON MELANOMAS CUTÁNEOS FINOS (≤ 1 MM)

G. Pérez, L. Martínez, E. Gallego, V. Oliver, P. Martín, S. Arias, J. Aneiros, A. Tejera, E. Herrera, V. Traves, E. Herrera y E. Nagore

HH. UU. Virgen de la Victoria. Hospital General de Valencia. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. Hospital Universitario de Granada. Instituto de Investigaciones Biosanitarias de Granada (IBS). Granada. España. Instituto Dermatológico GLOBALDERM. Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Málaga. España.

Introducción: Pese a que el factor pronóstico más importante hoy en día en los pacientes con melanoma es la afectación metastásica del ganglio centinela (GC), no existe un consenso sobre la indicación de la biopsia selectiva del GC en los pacientes con melanoma cutáneo (MC) finos (≤ 1 mm).

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es determinar las variables predictoras de la afectación del GC en melanomas ≤ 1 mm. Un objetivo secundario es valorar la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo. Se utilizó un algoritmo basado en árboles de decisión aplicado a las variables continuas para la dicotomización de las variables continuas. Se realizó una regresión logística múltiple para la identificación de los predictores de afectación del GC. Se estimaron las curvas de supervivencia en función del estado del GC con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: En total se incluyeron un total de 254 pacientes con MC ≤ 1 mm. El algoritmo CART identificó al subgrupo de pacientes con

un índice mitótico > 2 mitosis/mm² y a los pacientes con más de 61.5 años como subgrupos con mayor probabilidad de afectación del ganglio centinela. Estos grupos que permanecieron como predictores independientes tras la regresión logística múltiple. Las curvas de supervivencia demostraron un empeoramiento de la supervivencia específica de melanoma para los pacientes con afectación del ganglio centinela a los 5 años (98% vs. 87,5%; p = 0,018). **Conclusiones:** En pacientes con melanoma finos menores o iguales a 1 mm se debe recomendar la realización de la biopsia selectiva del GC a aquellos de más de 61.5 años de edad y en presencia de más de 2 mitosis por mm² ya que la afectación del GC empeora el pronóstico.

24. COMITÉ DE MELANOMA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DEL GRUPO MULTIDISCIPLINAR

J.J. Domínguez-Cruz^a, P. Sancho^b, T. Zulueta^c, I. Borrego^d, P. Fernández-Ortega^e, I. Rincón^f, R. Corbi-Llopis^g y J. Conejo-Mir^h

^aUGC Dermatología; ^bUGC Oncología Médica; ^cUGC Anatomía Patológica; ^dMedicina Nuclear; ^eCirugía Plástica; ^fOncología Radioterápica. HUV del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Aunque actualmente se detectan melanomas (MM) de un índice de Breslow más fino siguen observándose numerosos casos complejos y con afectación metastásica que precisan un enfoque multidisciplinario. Desde noviembre de 2010 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) disponemos de un Comité de Melanoma (CM) para esta coordinación. El CM está constituido por miembros de los servicios de Dermatología, Oncología médica, Cirugía plástica, Anatomía patológica, Medicina Nuclear, Radiología y Oncología radioterápica.

Objetivos: Analizar las características de los casos observados en el CM y la utilidad de su manejo multidisciplinar.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de casos de melanoma. Se incluyeron todos los casos de MM seguidos en el HUV del Rocío desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015. Las variables clínico patológica del estudio incluídas fueron: Edad, sexo, localización del tumor primario, diagnóstico histológico, subtipo histológico, índice de Breslow, nivel de Clark, ulceración, número de mitosis por mm², estadio tumoral TNM. Se valoró que casos fueron consultados en el CM y las características clínico patológicas de estos. Además, se determinó cual fue la causa por la que el caso fuera expuesto en el CM.

Resultados: Se incluyeron 416 casos de MM. El 54,29% de los casos fueron hombres. La localización más frecuente fue la espalda (40,27%) seguido de las extremidades inferiores (18,55%). Los estadios tumorales más observados fueron el 0 y el IA. Durante el periodo del estudio se consultaron 227 casos en el CM. La causa más frecuente de la consulta al CM fue la valoración de opciones terapéuticas.

Discusión: Después de 5 años de trabajo integrado en un CM vemos fundamental su existencia para el manejo multidisciplinar de un alto número de casos de MM. Además, la colaboración interdisciplinar en el CM proporciona una relación más cercana, fluida y directa entre los profesionales que se ven implicados en el manejo del MM.

25. TRATAMIENTO DEL PRÚRIGO NODULAR CON LENALIDOMIDA

L. Ossorio García

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Cádiz. España.

Introducción: El prurigo nodular (PN) es una patología cutánea crónica y pruriginosa que se caracteriza por la aparición de nódulos hiperqueratósicos con predilección por las áreas de extensión de las

extremidades. El PN puede ser clasificado en atópico y no atópico. El tratamiento del PN es complejo y en muchos casos no es posible obtener la remisión clínica de las lesiones. Entre los tratamientos disponibles actualmente tenemos los antihistamínicos, doxepina, corticoides tópicos e intralesionales, crioterapia, calcipotriol, capsaicina, fototerapia, ciclosporina, talidomida, naltrexona y láser.

Perla: Presentamos una mujer de 54 años con una historia de más de 10 años de evolución de PN grave y extenso refractario a múltiples tratamientos incluyendo inmunosupresores y talidomida a dosis de 200 mg/día. Tras tratamiento con lenalidomida a dosis de 10 mg/día durante los primeros 21 días de cada mes obtuvimos la remisión clínica completa. En la actualidad lleva 7 meses de tratamiento con buena tolerancia. No objetivamos efectos adversos y como medida de profilaxis antitrombótica asociamos ácido acetilsalicílico a dosis de 300 mg/día.

Discusión: Lenalidomida es un análogo de la talidomida más potente y con menor neurotoxicidad que talidomida, siendo la mielosupresión más frecuente con lenalidomida. Talidomida es uno de los fármacos más eficaces en PN grave y refractario. Sin embargo, la neurotoxicidad o la falta de eficacia puede ser un inconveniente para estos pacientes. Lenalidomida está indicada en el tratamiento del mieloma múltiple y de síndromes mielodisplásicos. El uso de lenalidomida en PN ha sido descrito en la literatura científica en dos casos. Dado su perfil de eficacia y seguridad, lenalidomida a dosis de 5-10 mg puede ser una alternativa de tratamiento para el PN refractario a talidomida. El principal inconveniente puede ser su alto costo con respecto a esta última

26. NUEVOS TIEMPOS PARA EL FOTODIAGNÓSTICO DE LA URTICARIA SOLAR: USO DE TECNOLOGÍA LED

J. Aguilera Arjona, M.V. de Gálvez Aranda, C Sánchez Roldán y E. Herrera Ceballos

Departamento de Medicina y Dermatología. Facultad de Medicina. Laboratorio de Fotobiología Dermatológica. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Universidad de Málaga. Málaga. España.

Introducción: Antecedentes, el método estándar para la fotodiagnóstico de la urticaria solar se basan en la exposición de la piel del paciente a diferentes fuentes de UV policromático y fuentes de luz visible donde se establecen dosis de urticaria mínimas para diferentes bandas espectrales. Los dispositivos de fotodiagnóstico clásicos se basan en el uso de simuladores solares y/o el uso lámparas fluorescentes de UVB y UVA. En el caso del fotodiagnóstico bajo luz visible, la piel del paciente se expone durante 15 min a un proyector de diapositivas, el cual está provisto de una lámpara halógena, a una distancia de 15 cm y la presencia de eritema o habones se determina como reacción positiva. Los proyectores de diapositivas están fuera del mercado desde hace varios años debido al uso de nuevas tecnologías digitales de proyección por lo que las nuevas tecnologías de emisión de luz visible y ultravioleta, basadas en diodos leds, son los nuevos candidatos para su sustitución como herramienta de diagnóstico en el futuro.

Objetivos: Realizar un estudio comparativo utilizando un dispositivos de diagnóstico basado en LED y compararlo con el protocolo clásico de exposición con proyector de diapositivas.

Material y métodos: Se ha realizado el estudio en una cohorte de pacientes de con diagnóstico previo de posible urticaria solar. Para el protocolo se utilizó un proyector de diapositivas, tal y como se utiliza en el protocolo clásico (15 cm distancia de la piel durante 15 min y se incluyeron en el estudio pacientes con fotodiagnóstico positivo a esta fuente de iluminación. Paralelamente al mismo paciente se le realizó la exposición bajo luz LED visible (luz natural de 10000 K de 1 W) incluido en un dispositivo que contiene un array de 4 bombillas LED que emiten de forma independiente. De esta forma, cada dosis de LED es controlada de forma independien-

te y el dispositivo permite establecer, tal y como se realiza por los protocolos normales de UVB y UVA una dosis mínima urticarial también bajo luz visible. En ese caso, la dosis máxima de luz visible se alcanzó en menos de 1 min en comparación con 15 min bajo exposición del proyector de diapositivas.

Resultados y discusión: Todos los pacientes fueron positivos a luz visible natural con presencia de eritema o habones paralelamente a la exposición al proyector de diapositivas. Se ha podido establecer la MUD bajo luz visible observándose un patrón diferencial de dosis entre los pacientes, lo revela diferente grado de sensibilización a la luz visible. En conclusión, una nueva tecnología de iluminación basada en LED se puede utilizar en el fotodiagnóstico de la luz visible y otras longitudes de onda del espectro del ultravioleta.

27. CORRECCIÓN DE LAS “OREJAS DE PERRO” MEDIANTE TÉCNICA DE “SUTURA MERCEDES” Y VARIANTE DE M-PLASTIA

B. Moyano Almagro

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: El exceso de tejido que aparece en los extremos de una cicatriz quirúrgica constituye la llamada “oreja de perro”. Esta deformidad aparece en defectos circulares que no poseen una relación longitud-anchura apropiada para un cierre lineal; o bien, en determinadas localizaciones, en las que no es posible evitar el exceso cutáneo terminal.

Perla: Presentamos una serie de casos en los que describimos la “sutura Mercedes” y la variante M de la M-plastia como nuevas técnicas de reconstrucción de defectos quirúrgicos circulares o elípticos, y de corrección de “orejas de perro”.

Discusión: Para el cierre de un defecto quirúrgico circular, lo más empleado es la escisión fusiforme, que permite transformarlo en una cicatriz lineal sin exceso cutáneo terminal. Asimismo, la corrección de las “orejas de perro” suele realizarse mediante la extirpación de un pequeño colgajo triangular, para alinear los bordes; o bien, mediante la M-plastia, que disminuye la longitud final de la cicatriz. Respecto a estas técnicas, describimos la “sutura Mercedes” que consiste en diseñar y extirpar un triángulo invertido cuyo vértice inferior está por debajo del extremo final de la incisión y engloba el exceso de tejido. Posteriormente se procede al cierre del defecto mediante un punto que entra por un lado del vértice inferior, atraviesa el centro de la base del triángulo y sale por el otro lado del vértice formando una cicatriz en estrella de tres puntas similar al logotipo de Mercedes.

Conclusiones: Describimos dos formas alternativas de reparar las “orejas de perro”, una basada en la “sutura Mercedes” y otra, en la M-plastia. La “sutura Mercedes” aporta las siguientes ventajas: 1) corrige la oreja de perro con un solo punto, 2) disminuye la longitud final de la cicatriz, 3) repara el exceso cutáneo terminal que se forma en cicatrices de determinadas localizaciones, y que con la escisión fusiforme no es posible modificar.

28. ANFOTERICINA B TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA LOCALIZADA

C.M. Alcántara Reifs, G. Garnacho Saucedo, R. Salido Vallejo, J.L. Sanz Cabanillas, S. de la Corte Sánchez, M. González Padilla, J.C. Moreno Giménez y A. Vélez García-Nieto

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

Introducción: La leishmaniasis es una infección producida por protozoos parásitos del género *Leishmania*. España es zona endémica de la enfermedad, siendo el genotipo *L. infantum* el más frecuentemente aislado y la forma de presentación clínica más frecuente la leishmaniasis cutánea

Objetivos: Realizar un estudio comparativo utilizando un dispositivo de diagnóstico basado en LED y compararlo con el protocolo clásico de exposición con proyector de diapositivas.

Perla: Presentamos 5 casos, 4 pediátricos y un adulto, de leishmaniasis cutáneas localizadas por *L. infantum* confirmadas por reacción en cadena de la polimerasa, tratadas con anfotericina B 2% en vaselina, aplicada de forma tópica 2 veces al día. Cuatro de los pacientes no habían recibido ningún otro tratamiento de forma previa, uno de ellos no había respondido a la administración previa de antimoniato de meglumina intralesional más imiquimod crema. En todos los casos la tolerancia al tratamiento fue excelente, sin mostrar ninguno de los pacientes efectos adversos ni locales ni sistémicos. El tratamiento se mantuvo entre dos y tres meses en función de la respuesta clínica, alcanzándose una resolución completa de las lesiones en los cinco casos y sin objetivarse recidivas.

Discusión: El uso de tratamientos locales es una buena alternativa para casos de leishmaniasis cutáneas localizadas sin signos de diseminación mucosa ni linfática. La anfotericina B, es un antibiótico poliélico indicado en el tratamiento de infecciones fúngicas de potencial riesgo vital. Administrada de forma intravenosa, ha demostrado una excelente actividad frente a *Leishmania* al unirse al ergosterol, principal componente lipídico de la membrana de este protozoo. No obstante, la potencial nefrotoxicidad asociada a su administración sistémica, hace que el uso de este fármaco quede reservado para aquellos casos recalcitrantes a otros tratamientos. En nuestra experiencia, la anfotericina B administrada de forma tópica se ha mostrado muy eficaz y segura, dando lugar a una respuesta clínica completa en todos los casos y sin recidiva de las lesiones.

29. TIMOLOL 0,5% GEL EN SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO CUTÁNEO: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA PARA LA MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

S. Vallejo, C.M. Alcántara Reifs, G. Garnacho Saucedo, J.L. Sanz Cabanillas, S. de la Corte Sánchez, J.C. Moreno Giménez y A. Vélez García-Nieto

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

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) clásico es un tumor angioproliferativo de bajo grado asociado al herpes virus tipo 8 que afecta fundamentalmente a individuos de edad avanzada, con predilección por los miembros inferiores y adoptando generalmente un curso crónico e indolente. Dado el carácter recurrente de esta entidad, las alternativas terapéuticas disponibles no siempre resultan satisfactorias ni están exentas de efectos adversos.

Perla: Presentamos 3 casos de SK clásico tratado con timolol 0,5% gel, aplicado de forma tópica 2 veces al día. Los pacientes incluidos no habían recibido ningún otro tratamiento de forma previa y no realizaban de forma concomitante tratamiento con betabloqueantes vía oral. Se realizaron control ecográfico e histológico de las lesiones de forma previa y tras la finalización del tratamiento. En los 3 casos la respuesta al tratamiento fue muy favorable desde el punto de vista clínico. Además, el estudio ecográfico objetivó una disminución progresiva tanto del tamaño de las lesiones como de la vascularización intratumoral durante el tratamiento. La tolerancia fue excelente, sin evidenciarse efectos adversos.

Discusión: El timolol es un antagonista de los receptores β -adrenérgicos (β -ARA) no selectivo, cuyo uso y efectividad en los hemangiomas infantiles es ampliamente conocido. Este hecho ha provocado un interés creciente en el papel de los β -ARAs como alternativa terapéutica en otros trastornos proliferativos vasculares. Estudios han demostrado una intensa expresión de receptores β -adrenérgicos hasta en el 75% de los SK, motivo por el cual el uso de timolol podría ser útil en el tratamiento de esta entidad. Hasta el momento tan sólo han sido publicados dos casos de SK clásico tratados con timolol tópico. Presentamos una serie mayor de casos

en los que hemos observado una respuesta satisfactoria en todos ellos y con datos histológicos y ecográficos que refrendan la efectividad clínica observada.

30. TRATAMIENTO PARA LA QUERATOSIS ACTÍNICA

A. Amigo

Clínica Dr. Amigo. Marbella. Málaga. España.

Introducción: La queratosis actínica es una lesión que se ha venido considerando como precancerosa, lo que hace necesario un tratamiento dirigido para evitar la progresión hacia un carcinoma espinocelular. Actualmente nos encontramos con varias opciones terapéuticas, pero con las que se obtienen tasas de respuesta dispares.

Perla: Deberá realizarse un primer pase con láser de CO₂ fraccionado 9 x 9 (81 canales por disparo) para posteriormente aplicar metotrexato tópico, a una concentración de 25 mg/0,5 ml. Se realizará una cura oclusiva, que será retirada a las 7 horas.

Discusión: Es necesario realizar una cura oclusiva puesto que el metotrexato comienza a penetrar a partir de los 15 minutos, llegando a llenarse los canales a las 7 horas, momento de retirar la oclusión. Este tratamiento se realiza en un número de ciclos que varía entre 1-3, separados por 2-3 semanas. Esta opción de tratamiento para las queratosis actínicas nos proporcionará una buena respuesta que no siempre se consigue con otros tratamientos, sin además causar grandes efectos adversos.

31. EXPERIENCIA CON ADALIMUMAB EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Collantes-Rodríguez, D. Jiménez-Gallo, L. Ossorio-García, C. Arjona-Aguilera, M. Salamanca-Sánchez, A. Martínez-Rodríguez, I. Nieto-Montesinos y M. Linares-Barrios

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Cádiz. España.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica e inflamatoria que aún constituye un desafío terapéutico. Actualmente el único fármaco aprobado para su tratamiento es adalimumab que actúa como anti-TNF alfa. Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR) es una escala de medida consistente en una reducción del 50% en el total de nódulos y abscesos inflamatorios, sin incremento en el número de abscesos ni fístulas drenantes con respecto al basal. Esta permite evaluar la respuesta terapéutica. Los estudios pivotaes PIONEER (Abbvie NCT01468207, NCT01468233 y NCT01468233) de eficacia y seguridad de adalimumab en HS Hurley II y Hurley III, alcanzan a la semana 12 un HiSCR en aproximadamente el 50% de los pacientes.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la práctica diaria con el uso de adalimumab en monoterapia o en combinación en la HS.

Métodos: Presentamos una serie de casos de 19 pacientes con HS de nuestra unidad tratados con adalimumab a dosis de 40 mg/semanal por vía subcutánea en monoterapia y en combinación sin dosis de inducción desde 2011 hasta la fecha actual. Se evaluaron las variables epidemiológicas, comorbilidades infecciosas como infección por virus de hepatitis B (VHB), VHC y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), situación clínica pre-tratamiento (Hurley, DLQI, HS-PGA, reactantes de fase aguda), situación clínica post-tratamiento (Hurley, DLQI, HS-PGA) y HiSCR.

Resultados: El HiSCR se alcanzó en el 90% de los pacientes con adalimumab en monoterapia o terapia de combinación sin dosis de inducción con mejoría del DLQI, HS-PGA y reactantes de fase aguda. El tratamiento fue seguro a pesar de la intensificación y combinación, incluso en pacientes con infección pasada por VHB. Un paciente falleció en el seguimiento por cardiopatía isquémica crónica.

Conclusiones: En nuestro estudio no precisamos realizar dosis de inducción 160 mg-80 mg para alcanzar el objetivo HiSCR. La terapia de combinación permitió alcanzar un mayor porcentaje de respuesta HiSCR que la previamente descrita en ensayos clínicos. Esto se reflejó en las otras escalas estudiadas. A pesar de la dosis intensificada no se objetivó reactivación de VHB ni efectos sobre la infección VIH. Es preciso realizar ensayos clínicos controlados de coste, eficacia y seguridad para comprobar la hipótesis de que no es necesaria la inducción siendo posible disminuir la carga inflamatoria mediante otras asociaciones con fármacos.

32. NIVELES SÉRICOS DE CITOCINAS EN LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

D. Jiménez Gallo

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Cádiz. España.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) se inicia por una alteración de la respuesta inmune innata que se manifiesta clínicamente con el desarrollo de nódulos inflamatorios, fístulas y abscesos. Su tratamiento implica fármacos anti-citocinas inflamatorias (TNF α).

Objetivos: Describir el perfil de citocinas inflamatorias circulantes en pacientes con HS y determinar su correlación con la actividad clínica de la enfermedad.

Métodos: Se analizaron muestras de 64 pacientes con HS y 13 controles sanos. De los 64 pacientes, 37 pacientes tenían enfermedad de baja actividad inflamatoria (no inflamación cutánea, ni dolor o supuración). 27 pacientes tenían enfermedad activa (inflamación cutánea, dolor o supuración). Se utilizaron escalas de gravedad para correlacionar con niveles de citocinas. Se determinaron las siguientes citocinas mediante tecnología Luminex: receptores solubles de TNF α I y II (TNF α -R), IL-1 α , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17A, IL-22 e IL-23.

Resultados: L-6 e IL-22 eran difícilmente detectables en personas sanas, mientras que los pacientes con HS producen cantidades significativas de ambos (0,3 pg/ml \pm 0,2 en controles vs. 6,0 pg/ml \pm 1,4 en HS; p = 0,025 y 0,1 pg/ml \pm 0,1 en controles vs. 18,5 pg/ml \pm 4,6 en HS; p = 0,03, respectivamente). Se encontraron niveles significativamente menores de IL-1 β en pacientes con HS que en los controles (0,4 pg/mL \pm 0,15 en los controles vs 0,1 pg/m \pm 0,05 en HS, p = 0,0001). Los pacientes con HS activa presentaron niveles significativamente más altos de IL-6, IL-8, IL-12 e IL-17A que pacientes con HS inactiva (p = 0,000, p = 0,029, p = 0,043 y p = 0,005, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas para el resto de las citocinas.

Conclusiones: Pacientes con HS muestran un perfil inflamatorio de citocinas en el suero, siendo la IL-6 y IL-22 producida en más cantidad que en individuos sanos. Los pacientes con HS con una enfermedad más grave muestran un perfil inflamatorio de citocinas específico caracterizado por niveles elevados de IL-6, IL-8, IL-12 y IL-17A, dichos niveles se correlacionan con la actividad inflamatoria clínica y podrían representar dianas terapéuticas.

33. INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

R. Cabrera Fuentes, L. Rodríguez Fernández-Freire, P. Martín Carrasco, R. Barabash Neila, M. Morillo Andújar, E.J. Cañas García Otero, R. Cabrera Pérez y J. Conejo-Mir Sánchez
Servicio de Dermatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: La terapia biológica ha representado un avance muy importante en el tratamiento de la psoriasis, al tratarse de una generación de fármacos más selectivos y con mejor perfil de seguridad

a corto y medio plazo. Sin embargo se asocian con un incremento en el riesgo de infecciones, siendo la prevalencia de infecciones graves en pacientes con terapia biológica entre el 4-13%.

Caso clínico: Describimos 6 pacientes con psoriasis grave que durante el tratamiento con terapia biológica presentaron procesos infecciosos graves, 4 de ellos tuberculosis activa. Todos los pacientes precisaron suspender medicación anti-TNF alfa y presentaron dificultad para el manejo clínico.

Discusión: Destacamos la importancia de vigilar estrechamente a los pacientes con terapia anti-TNF, para detectar de forma precoz infecciones graves que suelen tener comportamiento atípico y agresivo en estos pacientes.

34. ADIPOSIDAD Y PSORIASIS: ¿CAUSA O CONSECUENCIA?

A. Molina-Leyva^a, A. Almodóvar-Real^b, P. Gómez-Avivar^a,
M. Alcalde-Alonso^a, R. Naranjo-Sintes^b y J.C. Ruiz-Carrascosa^b

^aComplejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

^bComplejo Hospitalario de Granada. Granada. España.

Introducción: El grado de adiposidad, referido habitualmente de forma indirecta mediante el índice de masa corporal o la circunfe-

rencia abdominal es un elemento de importancia en el debut y transcurso de la psoriasis. Numerosas investigaciones han evidenciado que los sujetos con psoriasis presentan una mayor prevalencia de sobrepeso obesidad. Sin embargo, existen escasos estudios que exploren la relación causal entre ambos elementos.

Objetivos: Evaluar el grado de adiposidad en el debut y durante la evolución de la enfermedad en sujetos con psoriasis moderada grave en comparación con sujetos sanos, apareados por edad y sexo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles. Ochenta sujetos con psoriasis y 80 controles apareados por edad y sexo refirieron su grado de adiposidad empleando la escala de Stunkard.

Resultados: La mediana de seguimiento desde el debut fue de 14,5 años (rango intercuartílico 9-27,75 años), el índice de masa corporal en el momento del debut de la psoriasis fue significativamente superior en sujetos con psoriasis vs controles $p = 0,02$. Durante el periodo de seguimiento se produjo un incremento significativo en el índice de masa corporal en los sujetos con psoriasis en comparación con los controles $p < 0,01$.

Discusión: Los resultados de nuestro estudio muestran que los sujetos con psoriasis presentan un mayor grado de adiposidad en el debut y un mayor incremento de adiposidad durante el transcurso de la enfermedad en comparación con sujetos sanos.