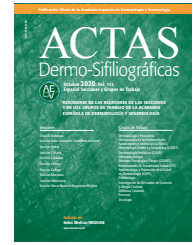




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reunión del Grupo Español de Dermato-Oncología y Cirugía de la AEDV (GEDOC)

Logroño, 29 y 30 de noviembre 2019

Comunicaciones orales

Cirugía

CC1. INJERTOS Y COLGAJOS TARSOCONJUNTIVALES PARA RECONSTRUCCIÓN DE LAMELA POSTERIOR. ¿DERIVO AL OCULOPLÁSTICO O LO HAGO YO?

J. Saioa Oscoz, M. Azcona Rodríguez,

J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora,

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes y objetivos. La cirugía oncológica palpebral es una de las áreas más complejas en la cirugía oncológica dermatológica. La reconstrucción de los párpados debe realizarse en función de dos principios básicos: reconstrucción de la lamela anterior y posterior, con reposición de los diferentes tejidos en el orden adecuado y reconstrucción de lo previo con tejidos de características similares. Los injertos y colgajos tarsoconjuntivales son una de las mejores opciones quirúrgicas para la reconstrucción de la lamela posterior, debido a que cumplen a la perfección los dos principios previamente enumerados.

Métodos y resultados. Presentamos diferentes casos intervenidos en nuestro Servicio en los que se realizaron injertos y colgajos tarsoconjuntivales para reconstrucción de la lamela posterior tras exéresis de carcinomas basocelulares. La reconstrucción de la lamela anterior se realizó mediante diferentes colgajos locales en cada caso (avance lateral, colgajo de Tripiet, etc.). Para apreciar mejor el procedimiento, adjuntamos un vídeo mostrando la toma del injerto tarsoconjuntival de párpado superior en un caso de reconstrucción de defecto de carcinoma basocelular con afectación de un 1/3 de párpado inferior derecho, canto externo y 2/3 de párpado

superior dcho. Realizamos una revisión bibliográfica de reconstrucción de la lamela posterior en función de las características del defecto.

Conclusiones. Consideramos que los colgajos e injertos tarsoconjuntivales son una buena opción quirúrgica para la reconstrucción de la lamela posterior debido a que cumplen las dos características primordiales previamente descritas.

CC2. NUESTROS CASOS MÁS COMPLEJOS EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL LABIO SUPERIOR

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, J. Saioa Oscoz,

R. Santesteban Muruzábal, A. Larumbe Irurzun

y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes y objetivos. Los labios son una unidad estética de gran importancia donde asientan con frecuencia tumores cutaneomucosos. Los defectos centrales del labio superior suelen presentar un desafío a la hora de realizar la reconstrucción.

Métodos y resultados. Presentamos 6 casos quirúrgicos que afectan al labio superior cuyos defectos cutaneomucosos han requerido reconstrucciones complejas, bien por su gran tamaño, bien por la afectación de dos unidades estéticas o por la localización, especialmente en la zona central del labio. Los defectos de gran tamaño los resolvimos mediante colgajos de avance-rotación en isla de la mejilla y colgajo de rotación en hacha. En tumores que comprometen la mucosa del labio superior realizamos colgajos en isla de mucosa y colgajos de transposición bilateral para defectos centrales que comprometen filtrum y ángulo de Cupido tal y como describieron Jacono et al. en 2015.

Conclusiones. Se han descrito gran variedad de técnicas para reconstruir defectos del labio superior intentando evitar borrar los surcos y los contornos naturales presentes en el filtrum y el borde cutaneomucoso del bermellón. Mostramos nuestros colgajos de elección para la reconstrucción de diferentes defectos en labio superior.

CC3. COLGAJOS EN ISLA TUNELIZADOS PARA LA REPARACIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS FACIALES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 5 CASOS

M. Rogel Vence, L. González Ruiz, M. Carmona Rodríguez, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

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

Los colgajos en isla tunelizados son una alternativa quirúrgica a las plastias o colgajos convencionales, que aunque de mayor complejidad, presentan buenos resultados estéticos y funcionales. Presentamos una serie de cinco casos en los que se ha realizado este tipo de colgajos en distintas regiones anatómicas faciales, llevadas a cabo entre los años 2016-2019 en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital. De los cinco casos descritos, dos fueron colgajos en isla tunelizados mediofrontales empleados para cubrir defectos en punta nasal; dos fueron colgajos en isla tunelizados paranasales con los que se cubrieron defectos en punta-lateral nasal; uno de ellos fue un colgajo supraciliar que se utilizó para cubrir un defecto en párpado superior-región infraciliar. En todos los casos llevamos a cabo este tipo de reparación en defectos cutáneos faciales de varios centímetros de diámetro, tras la realización de cirugía oncológica, dos de ellos cirugía de Mohs y tres cirugía convencional. En todos los pacientes las lesiones extirpadas fueron carcinomas basocelulares, y el estudio AP mostró bordes libres de tumor. Además, se recogen datos del postoperatorio y seguimiento clínico, comprobando el buen resultado estético y funcional. Solo en uno de los pacientes existieron complicaciones posquirúrgicas que retrasaron la cicatrización del colgajo, derivadas del incumplimiento de las instrucciones posquirúrgicas. Presentamos una serie de cinco pacientes, en los que la realización de colgajo en isla tunelizado resultó una opción terapéutica eficaz. En todos ellos el defecto a cubrir fue derivado de una cirugía oncológica previa, y no se encontraron diferencias significativas en los resultados postoperatorios según las distintas regiones anatómicas faciales. En ninguno de los casos hubo complicaciones durante la reparación quirúrgica. Solo en uno de los pacientes existieron complicaciones de menor importancia en el tiempo postoperatorio. Los colgajos en isla tunelizados resultan una opción terapéutica eficaz para cubrir defectos quirúrgicos amplios. De mayor complejidad que otro tipo de colgajos, suponen una alternativa útil y con buenos resultados en pacientes y regiones anatómicas seleccionadas. Aportamos una serie de cinco casos con los que pretendemos ilustrar el procedimiento y mostrar los resultados estéticos y funcionales de este tipo de colgajos, siendo una opción más en el arsenal terapéutico del dermatólogo a la hora de reparar grandes defectos cutáneos.

CC4. ECOGRAFÍA EN LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Cuenca-Barrales^a, L. Salvador-Rodríguez^b, T. Montero-Vílchez^b, S. Arias-Santiago^b y A. Molina-Leyva^b

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio.*

^b*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

Antecedentes y objetivos. La ecografía ha demostrado mejorar la evaluación de la gravedad y estadificación de pacientes con hidradenitis supurativa (HS); sin embargo, su uso en la planificación quirúrgica de estos pacientes no ha sido estudiado. Los objetivos de esta investigación son: 1) Evaluar los cambios en el área quirúrgica tras el uso de ecografía, 2) Evaluar los factores asociados a una mala delimitación clínica del área quirúrgica y 3) Comparar las recurrencias a las 24 semanas de pacientes intervenidos con y sin ecografía prequirúrgica.

Métodos. Estudio de cohortes. Los pacientes con HS candidatos a intervención quirúrgica y cierre por segunda intención con un área quirúrgica $\geq 15 \text{ cm}^2$ fueron incluidos. La población se compone de dos cohortes: pacientes con y sin delimitación ecográfica del área quirúrgica. Las principales variables de interés fueron las áreas quirúrgicas delimitadas clínica y ecográficamente y las recurrencias a las 24 semanas.

Resultados. Se incluyeron 20 pacientes en cada cohorte. El uso de ecografía incrementó el área quirúrgica $3,67 \pm 0,86 \text{ cm}^2$ ($p < 0,01$). El gráfico de Bland Altman mostró que en el 65% de las intervenciones quirúrgicas el uso de ecografía aumentó significativamente el área quirúrgica. El sexo masculino, estadio de Hurley II vs. III y valores aumentados de IHS4 e IMC se asociaron significativamente con mayores diferencias entre la delimitación clínica y ecográfica del área quirúrgica. La proporción de pacientes que presentaron recurrencias a las 24 semanas fue del 10% en pacientes con delimitación ecográfica del área quirúrgica y del 30% en pacientes en los que no se usó ecografía ($p = 0,10$).

Conclusiones. El uso de ecografía en la planificación quirúrgica de pacientes con HS mejora la delimitación del área quirúrgica y disminuye las recurrencias a las 24 semanas. Los factores asociados a una peor delimitación clínica del área quirúrgica son valores elevados de IHS4, IMC elevado, sexo masculino y estadio II de Hurley.

CC5. RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE MATRICES DE REGENERACIÓN DÉRMICA EN DOS CASOS DE MELANOMA DE LOCALIZACIÓN ACRAL

E. Rodríguez-Lomba^a, A. Sánchez-Herrero^a, B. Lozano-Masdemont^b, J.A. Avilés-Izquierdo^a y R. Suárez-Fernández^a

Servicio de Dermatología y Venereología. ^aHospital General Universitario Gregorio Marañón. ^bHospital Universitario de Móstoles. Madrid. España.

Introducción. La cirugía oncológica de tumores cutáneos de gran tamaño localizados en partes acras puede dar lugar a defectos quirúrgicos que requieran una reconstrucción compleja. Las matrices de regeneración o sustitución dérmica representan una alternativa eficaz y sencilla para cubrir defectos de gran tamaño en estas localizaciones, disminuyendo el riesgo de secuelas funcionales y las potenciales complicaciones asociadas a plastias complejas y/o microcirugía.

Casos clínicos. Se presentan dos casos de melanoma de localización acral, en pacientes de 57 y 92 años respectivamente. El primero de los casos, presentaba un melanoma lentiginoso acral de 4 cm sobre la base del 5.º metatarsiano del pie derecho mientras que la segunda paciente mostraba un lentigo maligno de 8 cm de tamaño en el dorso de la mano izquierda. Se procedió a las exéresis quirúrgica de ambos tumores con márgenes de seguridad y se realizó cobertura de ambos defectos mediante dos diferentes tipos de matriz de regeneración dérmica: Integra® bicapa en el primer caso y Nevelia® bicapa en el segundo. Tras 21 días de la intervención quirúrgica, se realizó la cobertura definitiva del defecto mediante un injerto laminado de piel parcial. Tras más de tres meses de seguimiento, el resultado funcional y estético ha sido favorable en ambos casos.

Discusión. Las matrices de regeneración dérmica son materiales de cobertura de defectos quirúrgicos de piel que actúan como sustitutos cutáneos permanentes. Actualmente se emplean en el tratamiento de quemaduras, heridas crónicas y como cobertura de defectos tras cirugía traumatológica o de tumores cutáneos. Existe una gran diversidad de productos en función de su composición (monocapa, bicapa o gel) y coste económico. Las matrices bicapa constan generalmente de una capa profunda o dérmica, constituida por una matriz de colágeno humano, bovino o porcino, y una capa superficial o membrana de silicona que ejerce una función de barrera transitoria hasta la cobertura epidérmica en segundo tiempo por un injerto de piel parcial.

Conclusiones. Las matrices de regeneración dérmica constituyen una alternativa sencilla para la reconstrucción de defectos quirúrgicos extensos y especialmente en aquellos localizados en partes acras que supongan una repercusión funcional.

CC6. MÁS ALLÁ DE LA CUÑA. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS EN CIRUGÍA DE LABIO INFERIOR

I. Torres Navarro, B. Escutia Muñoz, J. Roca Ginés, B. de Unamuno Bustos y R. Botella Estrada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

El 30% de los tumores malignos de la cavidad oral se localiza en los labios, de ellos, la mayoría (95%) se sitúan en el labio inferior. La reconstrucción de defectos del mencionado labio tras la cirugía de tumores cutáneos puede suponer un reto. Cuando dichos defectos tienen un espesor total pero un tamaño inferior a 1/3 del labio inferior, la opción terapéutica de elección suele ser la resección en cuña y cierre directo por planos. Sin embargo, cuando dichos defectos quirúrgicos superan el mentado tamaño, existen múltiples opciones reconstructivas sin definirse una de ellas como de elección de forma consensuada. La elección de la técnica en cada caso debe ser individualizada, teniendo en cuenta el tamaño y localización del defecto, las características generales y de la zona (p. ej. laxitud cutánea) a reconstruir del paciente. Habitualmente, los defectos centrales y paramediales se reconstruyen con colgajos bilaterales, y los defectos laterales < 2 cm se pueden cerrar con un colgajo unilateral localizado hacia medial del defecto para evitar cruzar el surco labiomental. En defectos de mayor tamaño, aunque lateralizados, se suelen emplear colgajos bilaterales asimétricos. Presentamos diversas opciones reconstructivas para este tipo de defectos empleadas con éxito en nuestro centro.

CC7. EL COLGAJO PERFORANTE NASOLABIAL EN LA RECONSTRUCCIÓN NASAL. SERIE DE CASOS

A. Romo Melgar, S. Pérez Santos, G.H. Martín Martín, A.M. Pastrana Manzanares y R. Santos Diez

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de Segovia. España.

Antecedentes y objetivos. La nariz es una de las localizaciones afectadas con mayor frecuencia por el cáncer cutáneo, por lo que suele sufrir importantes pérdidas de sustancia, que deben ser reconstruidas por diferentes técnicas, entre ellas, los colgajos locales. Dentro de estos hay muchas alternativas posibles, y, entre ellas, el colgajo perforante nasolabial representa una opción relativamente poco conocida, pero con una serie de particularidades en su planteamiento, realización y postoperatorio, que lo hacen digno de mención.

Métodos. Durante el periodo entre enero de 2018 y octubre de 2019 se realizaron 11 colgajos en hélice basados en arterias perforantes dependientes de la arteria facial, tomados de surco nasolabial, para la reconstrucción de defectos nasales resultado de cirugía oncológica cutánea. Las arterias perforantes se localizaron mediante doppler y se marcaron sobre la piel del paciente con un lápiz dermatográfico. Los colgajos se diseñaron tomando las medidas del defecto y se dispusieron siguiendo su eje mayor el surco nasogeniano para facilitar un cierre más estético de la zona dadora.

Resultados. Todos los pacientes tuvieron resultados satisfactorios, con buen resultado estético y funcional. Todas las complicaciones fueron autolimitadas, siendo las más habituales los fenómenos congestivos durante la primera semana del postoperatorio, que se resolvieron por sí solos en todos los casos. Ningún paciente sufrió la necrosis total del colgajo, si bien sí existió una necrosis epidérmica en una paciente que se resolvió sin secuelas estéticas significativas mediante curas locales. En todos los pacientes en que se realizó

este colgajo, esta técnica resultó igual o menos agresiva que otros colgajos más habituales que hubieran podido ser una alternativa válida. La gran versatilidad a la hora de diseñar el colgajo permitió reconstruir defectos complejos, evitando en algunos casos técnicas en varios tiempos quirúrgicos.

Conclusiones. El colgajo perforante nasolabial constituye una herramienta reconstructiva de gran valor para los defectos cutáneos de la nariz, con un escaso riesgo de complicaciones graves y una gran versatilidad que hacen que pueda plantearse como una técnica óptima en multitud de casos.

CC8. UN SARCOMA DE INTERÉS DERMATOLÓGICO: ESTUDIO DE CIRUGÍA DE MOHS MODIFICADA ("SLOW-MOHS") EN 16 CASOS DE SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO

E. Ríos Viñuela, C. Serra Guillén, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, C. Guillén Barona y O. Sanmartín Jiménez

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

Antecedentes y objetivos. El término de sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es un tumor dérmico sin una línea de diferenciación celular definida, con características histopatológicas generales superponibles a las del FXA, y que además cumple una serie de criterios histológicos de agresividad. Debido a la confusión histórica respecto a su nomenclatura y a su baja incidencia, existen pocos trabajos de los cuales extraer conclusiones sobre su manejo óptimo. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los casos de SPD de nuestro centro, y revisamos el abordaje quirúrgico con cirugía de Mohs modificada ("slow-Mohs") (CMM), con el objetivo de analizar sus resultados y la evolución de estos pacientes.

Métodos. Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los 16 casos de SPD atendidos en nuestro centro, entre octubre de 2007 y junio de 2019.

Resultados. Catorce de los 16 casos fueron tratados mediante CMM. El 79% ya habían sido tratados mediante cirugía convencional y recidivado en al menos una ocasión en el seguimiento previo. El principal factor de riesgo de recidiva local fue la resección inicial con márgenes afectos. Se precisaron entre 1 y 3 estadios de CMM para conseguir control local con márgenes negativos, lo cual se consiguió en el 86% de los casos. El 17% (2/12) de los casos con márgenes negativos presentó una recidiva (única) en el seguimiento, mientras que se consiguió una tasa de control local en el 83%. Obtuvimos un control local significativamente mayor con CMM (17% recidivas) frente a la cirugía convencional (79% recidivas previas a CMM). En la literatura disponible, casi todos los casos fueron abordados mediante cirugía convencional, con un alto número de recidivas en el seguimiento.

Conclusiones. En el SPD, el principal factor de riesgo para recidiva local es la presencia de márgenes quirúrgicos afectos, por lo que es de gran importancia realizar una cirugía precisa. Basados en nuestra experiencia, consideramos que la CMM es el tratamiento quirúrgico de elección del SPD, con una tasa de control local superior a la cirugía convencional.

CC9. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CONGÉNITO FACIAL: UN RETO PARA LA CIRUGÍA DE MOHS

D. Bodet Castillo^a, B. Ferrer Fàbrega^b, E. Arana Martín-Bejarano^c, M. Munill Ferrer^d y V. García-Patos Briones^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía-Patológica. ^cServicio de Cirugía Plástica. ^dServicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Presentamos el caso de un niño de 4 años con un dermatofibrosarcoma protuberans congénito de gran tamaño localizado en la zona

preauricular derecha. A los 2 años de edad se le extirpó parte de la tumoración, quedando los márgenes quirúrgicos laterales y profundos afectos. Posteriormente se trató con imatinib 300 mg/día durante 18 meses con respuesta parcial. Tras progresión tumoral se realizó cirugía de Mohs en diferido precisando 3 etapas. En la primera etapa se extirpó la tumoración preauricular derecha, incluyendo el lóbulo auricular derecho y el trago. Se conservó el nervio facial mediante la disección e identificación de sus ramas con guía de neuroestimulación. En la segunda etapa se amplían márgenes laterales, se vuelve a diseccionar el nervio facial y a suspenderlo para realizar una parotidectomía profunda derecha. En la tercera etapa se amplía margen profundo incluyendo la fascia temporal. El defecto resultante se cubrió con un colgajo de transposición supraclavicular tras marcaje y señalización del paquete vascular con eco-doppler. Tras 1 año de seguimiento el paciente se encuentra libre de enfermedad.

CC10. DERMATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN MALAWI: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Tomás Velázquez^a, P. Redondo^b, I. Medina Baquerizo^b, C. Galván Casas^c y J. Romero Gómez^d

Departamento de Dermatología. ^aClínica Universidad de Navarra. Pamplona. ^bHospital Vithas Parque San Antonio. Málaga. ^cHospital Universitario de Móstoles. Madrid. Directora del Proyecto Dermatológico Malawi. ^d Hospital Quirón Málaga. Director del Proyecto Quirúrgico Malawi. España.

Antecedentes y objetivos. Malawi es un país en vías de desarrollo, con uno de los PIB más bajos del mundo, situado en el sudeste de África, densamente poblado y mayoritariamente rural. Los recursos sanitarios son muy deficientes. El Proyecto Dermatológico Malawi ha realizado 7 viajes en los últimos años destinados a la asistencia dermatológica general y a la escabiosis. En agosto de 2019 se organizó el primer viaje de Dermatología Quirúrgica, con los siguientes objetivos: 1. Estudiar si los pacientes presentaban patología que justificaba y podía beneficiarse de un subproyecto quirúrgico establecido. 2. Analizar las necesidades materiales y de personal. 3. Atender a la población albina, poco visible en los viajes previos. 4. Intervenir quirúrgicamente a pacientes seleccionados adaptándose a las posibilidades del terreno.

Métodos. Se comunicó a las autoridades malauís el proyecto que fue aprobado para realizarse en el Nkhotakota District Hospital. Se llevó todo el material estimado necesario (220 kg). Mediante colaboradores locales, se llamó a acudir a la población diana (residentes en Nkhotakota con patología potencialmente quirúrgica y albinos). Tres dermatólogos y 1 residente llevaron a cabo el proyecto del 30 de julio al 8 de agosto.

Resultados. Se atendieron 136 pacientes. Se realizaron procedimientos (49 intervenciones quirúrgicas, 12 criocirugías, 3 desbridamientos y 3 infiltraciones/drenajes) en 56 pacientes. El 49% de la patología intervenida fue maligna o premaligna, presentando los pacientes albinos (22) el 94,7% de la misma. En la mayoría de los pacientes la intervención fue curativa. Un paciente presentaba un estadio irreseccable y en otro la ausencia de anestésista impidió el procedimiento. De los 30 tumores benignos intervenidos, 25 suponían un estigma social o eran sintomáticos por su tamaño o localización. Las técnicas quirúrgicas más empleadas fueron el cierre directo y los colgajos locales y todas las intervenciones se realizaron con anestesia local. Se aportó antibioterapia y material de curas a todos los pacientes. El análisis histopatológico se realizó en España.

Conclusiones. La población albina justifica el subproyecto de Dermatología Quirúrgica en Malawi. Es fundamental contar con colaboradores locales formados, es indispensable llevar todo el material necesario y el equipo debería incluir, periódicamente, un anestésista.

Oncología

CO1. DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA PARANEOPLÁSICA TRAS RECIDIVA TARDÍA DE MELANOMA, UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE EN UN MOMENTO INESPERADO

G.G. Garriga Martina, I. Castaño Ubagón, R.M. Castillo Muñoz, R.J. Bosch García y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Mujer de 66 años, sin antecedentes de interés, es diagnosticada hace 13 años de un melanoma de extensión superficial estadio IA localizado en brazo derecho. La paciente llevó a cabo el protocolo de seguimiento con normalidad sin evidenciar signos de recidiva en las pruebas de imagen como TAC con contraste ni ecografía ganglionar, hasta que 12 años después del diagnóstico acude por urgencias tras autopalpación de lesión nodular a nivel axilar derecho. Se realiza eco-PAAF de la lesión, evidenciándose afectación ganglionar axilar derecha por melanoma, sin presentar lesiones a otros niveles tras realizar el estudio de extensión. Tras 3 semanas del diagnóstico de la recidiva regional de melanoma, y sin asociación a nuevos medicamentos, aparece un rash eritematoso de predominio en zonas fotoexpuestas de escote, espalda y brazos, así como lesiones papuloeritematosas en región interfalángica dorsal de dedos y eritema periungueal, hallazgos clínicamente sugestivos de dermatomiositis. Se realizó analítica de sangre hallando valores de CK de 337, si bien la paciente no refería debilidad de musculatura proximal. Además presentaba ANA+ de patrón moteado en niveles de 1/320, así como anticuerpos anti-TLF1 gamma, frecuentemente hallados en dermatomiositis generalmente de origen paraneoplásico. Fue realizada una biopsia de piel en la que se halló un infiltrado linfocitario linfoide con vacuolización de la capa basal y marcado depósito de mucina dérmica, sin hallar depósitos de inmunoglobulinas ni complemento en la IFD. La paciente inició tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia, así como hidroxicloquina 200 mg/12 h y evitar exposición solar intensa, con mejoría de las lesiones con el paso del tiempo y normalización de los valores analíticos de CK. El origen paraneoplásico de la dermatomiositis se estima en torno a un 30% de los casos. Las causas más frecuentes son tumores de ovario, gastrointestinales, de pulmón, mama y linfomas Hodgkin. No obstante, el melanoma es un factor desencadenante extremadamente raro. Aikaterini et al. realizaron una revisión bibliográfica en la que solo encontraron 17 casos publicados en la literatura.

CO2. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN PACIENTES RECEPTORES DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: ESTUDIO PRONÓSTICO Y DE LA EXPRESIÓN DE POLIOMAVIRUS MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA

C. Ferrándiz-Pulido en representación del grupo SCOPE^a, D. Mendoza^b, J. Marcoval^c, E. Masferrer^d, R. Salido^e, W. Kempf^f y B. Llombart^g

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. SCOPE: Skin Care in Organ Transplant Recipients. Europe (Stefano Piaserico, Can Baykal, Jan Nico Bouwe-Bavinck, Catherine Harwood, Jean Kanitakis, Walmar Roncalli, Jan Ricar, Petra Cetkovská, Deniz Seckin). ^bFundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cHospital Universitari Bellvitge. Barcelona. ^dHospital Universitari Mutua de Terrassa. Barcelona. ^eHospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^fKempf und Pfaltz. Histologische Diagnostik. Zürich. Suiza. ^gServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Antecedentes. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino poco frecuente. El riesgo de desarrollarlo es 15 veces mayor en receptores de un trasplante de órgano sólido (RTOS), donde además parece que tendría peor pronóstico.

Se ha descrito que alrededor del 80% de los tumores albergan el poliomavirus de células de Merkel (MCPyV), pero la frecuencia de su expresión en RTOS no se ha investigado específicamente. Los objetivos fueron determinar si los RTOS con CCM tienen disminución de la supervivencia libre de progresión, específica de enfermedad y global en comparación con pacientes IC e investigar la expresión de MCPyV en muestras de tumores.

Métodos. Estudio retrospectivo multicéntrico de una serie de 26 RTOS con CCM procedentes de 12 centros del grupo SCOPE y una cohorte de 44 pacientes IC procedente de 2 centros españoles. Los 3 resultados pronósticos se compararon con curvas de Kaplan-Meier y se generaron modelos de regresión de Cox ajustados por sexo, edad y estadio inicial. La tinción inmunohistoquímica con el anticuerpo CM2B4 se realizó por duplicado sobre las muestras de 11 pacientes RTOS.

Resultados. La edad media al diagnóstico en los RTOS fue de 66 años (± 12), inferior a la de los pacientes IC (75 años ± 13 , $p < 0,001$). Todos los pacientes eran caucásicos, y el 69% de los RTOS eran hombres, en comparación con el 36% de los pacientes IC ($p = 0,008$). Las tasas de supervivencia libre de progresión, específicas de enfermedad y globales a los 12 meses fueron significativamente más bajas en RTOS que en IC (25 vs. 63%, 61 vs. 80% y 56 vs. 69%, respectivamente, $p < 0,01$). Los RTOS tuvieron un riesgo 3,8 veces mayor de progresión (IC 95%: 1,71-8,56; $p = 0,001$), 2,8 veces mayor de fallecimiento (IC 95%: 1,38-6,03; $p = 0,005$), y 2,9 veces mayor de fallecer por el tumor (IC 95%: 1,19-7,19; $p = 0,01$). De 11 tumores evaluados, solo 2 mostraron positividad para el MCPyV, lo que supone un 18% de los casos.

Conclusiones. El CCM en RTOS no solo es más frecuente, sino que además aparece a una edad más temprana y es más agresivo. Si bien encontramos un mayor riesgo de progresión de la enfermedad, de muerte global y específica en comparación con pacientes IC, el incremento no fue tan alto como publicado anteriormente. Sorprendentemente, la expresión de MCPyV fue solo anecdótica en los tumores de los pacientes RTOS.

CO3. PATRONES DE INFILTRACIÓN PERINEURAL Y SU PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

A. Conde-Ferreirós^a, A. Jaka^b, C. Román-Curto^{a,c}, A. Toll^d y J. Cañuelo^{a,c,e}

Departamento de Dermatología. ^aComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bHospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. ^cInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital Clinic i Provincial. Barcelona. ^eIBMCC-CSIC. Laboratorio 7. Salamanca. España.

Antecedentes y objetivos. La invasión perineural (IPN) es una característica de mal pronóstico en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Su incidencia estimada varía entre el 2,5 y el 14% y generalmente es un hallazgo incidental. Se han definido varios patrones de afectación nerviosa en el CEC. Si bien existe alguna evidencia sobre las implicaciones pronósticas de los diferentes patrones de IPN en el CEC, no está claro qué tipo de IPN tiene la mayor influencia. Nuestro objetivo fue evaluar los patrones de IPN en una cohorte de 140 CEC y determinar la influencia de la afectación nerviosa en su pronóstico. **Material y métodos.** Evaluamos una serie de 140 CEC con IPN a través de un estudio de cohorte retrospectivo y multicéntrico. Se analizaron los tipos de IPN asociados a mal pronóstico del CEC.

Resultados. Todos los casos seleccionados exhibían IPN incidental. La IPN fue extensiva (afectación de ≥ 3 ramas nerviosas) en 51 CEC (36,4%), la IPN $\geq 0,1$ mm se observó en 68 casos (48,6%) y la afectación de nervios más profundos que la dermis se objetivó en 47 tumores (33,6%). Cincuenta y siete pacientes (40,7%) desarrollaron eventos de mal pronóstico (EMP) (recurrencia local, metástasis o muerte por enfermedad) y 33 pacientes (24,3%) desarrollaron even-

tos mayores (EM) (es decir, metástasis o muerte por enfermedad). La IPN extensiva ($p = 0,011$) e IPN $\geq 0,1$ mm en diámetro ($p = 0,023$) se asociaron con EMP. La IPN extensiva ($p = 0,004$), la IPN $\geq 0,1$ mm ($p = 0,023$) y la invasión de nervios más profundos que la dermis ($p = 0,008$) se asociaron con EM. Teniendo en cuenta todos los factores de riesgo asociados con mal pronóstico del CEC (pobre grado de diferenciación, tamaño horizontal, espesor tumoral e invasión más allá de la grasa), la IPN $\geq 0,1$ mm (HR = 2,503; $p = 0,005$) y el tamaño horizontal (HR = 1,041; $p = 0,0001$) fueron factores de riesgo independiente asociados a EMP en los modelos de regresión de Cox. La invasión de nervios más profundos que la dermis (HR = 2,061; $p = 0,082$), el tamaño horizontal (HR = 1,062; $p = 0,0001$) y el pobre grado de diferenciación (HR = 2,181; $p = 0,051$) se asociaron de forma independiente con EM en nuestra cohorte.

Conclusiones. Los CEC que exhibían IPN $\geq 0,1$ mm, invasión de nervios más profundos que la dermis o IPN extensiva se asociaron con peor pronóstico en nuestra cohorte.

CO4. ELECTROQUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE VULVAR

B. de Unamuno Bustos, I. Torres Navarro, J. Roca Ginés, J. Sánchez Arráez, B. Escutia Muñoz y R. Botella Estrada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción. La electroquimioterapia (EQT) es una modalidad de tratamiento de lesiones tumorales cutáneas y subcutáneas originadas por melanoma u otros tumores primarios y metastásicos. Se fundamenta en la acción combinada de fármacos citostáticos administrados de forma sistémica a dosis bajas, con la aplicación de pulsos eléctricos que aumentan la permeabilidad de las membranas. Se ha utilizado con éxito en multitud de neoplasias malignas irreseables o en las que los tratamientos sistémicos han fracasado. De forma adicional, varios autores han descrito su utilidad en el tratamiento paliativo del carcinoma vulvar.

Material y métodos. Se ha realizado una recogida retrospectiva de los datos clínicos y evolutivos de las pacientes con neoplasia de vulva tratadas con EQT en el periodo de tiempo comprendido entre junio de 2017 y octubre de 2019. La EQT se ha realizado mediante la plataforma Cliniporator (Oncologica Sistemas). El procedimiento se ha llevado a cabo bajo anestesia general y ha consistido en la administración de 15 mIU/m² de bleomicina intravenosa seguido de la administración de pulsos eléctricos en cada una de las lesiones candidatas a tratamiento.

Resultados. Se aplicó EQT en un total de cinco pacientes. En tres pacientes se realizó una única sesión y en dos se llevaron a cabo dos sesiones separadas cinco y siete meses. Se objetivó respuesta en cuatro de las cinco pacientes. Dos pacientes obtuvieron respuesta completa y se encuentran libres de enfermedad, otras dos pacientes obtuvieron respuesta parcial, y una paciente falleció durante el seguimiento. Tras el tratamiento, todas las pacientes presentaron dolor que requirió analgesia, así como edematización y necrosis de la zona tratada.

Conclusión. La EQT representa una alternativa de tratamiento local con fines paliativos útil para pacientes con neoplasia vulvar irreseable. Es un tratamiento rápido y fácil de administrar, que consigue control local de la enfermedad y de la sintomatología asociada.

CO5. CRIOMUNOTERAPIA, UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL LENTIGO MALIGNO

M. Oro-Ayude^a, J.M. Faraldo Lorenzo^b, B. González Sixto^a, C. Feal Cortizas^a, Q. Rodríguez Jato^a, C. Couselo Rodríguez^a, D. Soto García^a y Á. Flórez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. España.

El lentigo maligno (LM) es un melanoma in situ de crecimiento lento, que suele afectar a individuos de edad avanzada en áreas de piel fotoexpuesta. Su frecuente localización a nivel facial, mala delimitación, tendencia a la recurrencia y su capacidad de progresión a un melanoma invasivo, hacen de su manejo un reto terapéutico. Se ha establecido la extirpación quirúrgica como el tratamiento de primera línea. Sin embargo, en casos donde la cirugía no es factible, disponemos de otras alternativas terapéuticas como la radioterapia o el imiquimod tópico. Presentamos los casos de dos pacientes con LM a nivel periocular, en los cuales se desestimó el tratamiento quirúrgico debido a su edad avanzada y situación basal, el tamaño de las lesiones afectando al borde libre palpebral y la posible alteración funcional/cosmética asociada a una reconstrucción compleja. Por ello se optó por la combinación de crioterapia e inmunoterapia con imiquimod tópico al 5% durante 8 semanas. Para la aplicación de la crioterapia se utilizó un sistema mecánico de criogenización por contacto debido a su mayor precisión en áreas como los párpados. Existen numerosos estudios que muestran la utilidad de imiquimod para el tratamiento del LM en casos donde la cirugía no es viable. Adicionalmente, se ha postulado que la asociación de crioterapia al imiquimod potencia el efecto de este, liberando antígenos tumorales que estimulan la respuesta inmunitaria contra el tumor. Presentamos dos casos de LM periocular tratados con crioinmunoterapia que apoyan la utilidad de este tratamiento, considerándolo como una alternativa a tener en cuenta en el arsenal terapéutico de esta patología.

CO6. SÍNDROME DE GORLIN POR MUTACIONES EN GEN SUFU. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

R. Pigem^a, C. Riquelme-Mc Loughlin^a, A.P. García-Herrera^a, C. Martí-Pagés^c y A. Toll^a

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

Introducción. El síndrome del carcinoma basocelular nevoide (síndrome de Gorlin) se caracteriza por el desarrollo de múltiples carcinomas basocelulares a edad temprana junto con otras manifestaciones como pitting palmoplantar y queratoquistes mandibulares. Las mutaciones germinales más frecuentemente halladas en el síndrome de Gorlin se encuentran en el gen PTCH1, aunque algunos casos se deben a mutaciones en PTCH2 o SUFU, con manifestaciones clínicas algo diferenciadas.

Casos clínicos. *Caso 1:* mujer de 77 años con antecedente de ameloblastoma mandibular que ha precisado de numerosas cirugías, antecedente de exéresis de un único carcinoma basocelular facial. Actualmente, a la exploración presenta pápulas centofaciales discretas y presencia de abundantes pits plantares. *Caso 2 (hija de la anterior):* mujer de 51 años sin descendencia que presenta múltiples pápulas centofaciales milimétricas y antecedente de carcinomas basocelulares faciales. Ninguna de las dos pacientes presentaba antecedente de meduloblastoma ni meningioma. Se realizan biopsias de las pápulas faciales de ambas pacientes con diagnóstico histopatológico de carcinomas basocelulares infundibuloquísticos. El estudio genético evidencia en ambas pacientes mutación en heterocigosis en el gen SUFU (c.71dupC p.Ala25G1yfs*23).

Discusión. En la vía del erizo intervienen varias proteínas, algunas localizadas en la membrana celular y otras intracelulares. La proteína Ptch y Smoothed (Smo) se encuentran en la membrana celular mientras que la proteína Sufu se encuentra por debajo en la vía de señalización, es citoplasmática y actúa inhibiendo Gli. Las mutaciones en PTCH producen una activación constante de la vía del erizo que es posible frenar con inhibidores de Smo como vismodegib. Cuando se muta SUFU la inhibición de Smo sería ineficaz.

Conclusión. El síndrome de Gorlin por mutaciones en SUFU debe sospecharse en pacientes con carcinomas basocelulares infundibuloquísticos múltiples centofaciales, a pesar de que no se cumplan

los criterios mayores de Gorlin, dado que a menudo estos pacientes no tienen quistes mandibulares ni pitting palmoplantar. Además, estos pacientes no responderían adecuadamente al tratamiento con inhibidores de Smo como vismodegib o sonidegib.

CO7. DESCRIPCIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA DEL MELANOMA CUTÁNEO SEGÚN LAS DIVERSAS VÍAS ETIOPATOGÉNICAS DESCRITAS

E. Manrique Silva^{a,b}, D. Reyes García^b, D. Millán Esteban^c, C. Requena Caballero^a y E. Nagore Enguñadano^a

^aServicio de Dermatología. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. ^bEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia "San V. Mártir". ^cLaboratorio de Biología Molecular. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

En el melanoma cutáneo se han descrito 2 vías etiopatogénicas, una asociada a la tendencia innata de proliferación melanocítica y a una exposición solar intermitente, en la que los melanomas se localizan predominantemente en el tronco; y otra relacionada con un grado elevado de daño solar acumulado, por la que, los melanomas se localizan en la cabeza y el cuello. El objetivo del presente estudio fue, en primer lugar, describir las características clínico-patológicas de los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo según sus vías etiopatogénicas, y en segundo lugar, determinar si la localización anatómica de estos tiene una correspondencia directa con dichas vías.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó un total de 948 pacientes. Se definieron 4 grupos: grupo 1 (nevo-génico), grupo 2 (daño actínico acumulado), grupo 3 (mixto: nevo-génico + daño actínico) y grupo 4 (no perteneciente a ninguno de los grupos anteriores). Se realizó un análisis estadístico univariado y multivariado mediante un árbol de regresión y clasificación.

Resultados. Los melanomas del grupo 1 se localizaron predominantemente en el tronco (60,2%), 2 y 3 a nivel de cabeza y cuello (92 y 75%) y 4 en el tronco y MMII (44,9 y 23%). Tras el estudio multivariado, y en relación con los pacientes del grupo 1, los melanomas del grupo 2 se presentaron en pacientes > 57 años, con una historia de exposición solar crónica, en cabeza y cuello, y fueron de tipo lentigo malino ($p < 0,001$). Los melanomas del grupo 4 se desarrollaron en pacientes < 57 años; no se relacionaron con una historia previa de exposición solar crónica, ni presentaban lentigos solares, ni nevus atípicos.

Conclusión. Existe un porcentaje no despreciable de pacientes que no se puede clasificar dentro de las dos vías etiopatogénicas descritas hasta el momento. La descripción de las características clínico-patológicas de este grupo será de gran valor para identificar a este subgrupo de manera oportuna y así poder mejorar el diagnóstico, e implementar nuevas estrategias de prevención. Finalmente, aunque existe un cierto predominio de cada una de las vías etiopatogénicas en las localizaciones características, la proporción de casos que no pertenecen a las mismas justifica que se deberían utilizar unos criterios más precisos y no asumir que la localización es suficiente para definir una vía etiopatogénica determinada.

CO8. ¿TIENE UTILIDAD LA RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA ESCAMOSO EN LOCALIZACIONES DE RIESGO?

A. Martínez López^a, L. Salvador Rodríguez^a, T. Montero Vilchez^a, J. Tercedor Sánchez^a y S. Arias Santiago^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bFacultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide cutáneo es el segundo tumor cutáneo en frecuencia, presentando un riesgo global de metástasis de entre el 2 y 6%. Sin embargo, la presencia de diversos factores de riesgo, como el grado de diferenciación histoló-

gica, la localización en labio u oreja o la invasión perineural, entre otros, aumentan de forma crítica el riesgo de mortalidad secundaria a esta entidad. El empleo de la radioterapia ha mostrado utilidad como tratamiento adyuvante en pacientes con invasión perineural o como tratamiento de lesiones irreseables, aunque su utilidad en pacientes con tumores de alto riesgo no ha quedado claramente demostrado. Con estos antecedentes, queremos evaluar el papel de la radioterapia adyuvante en el manejo del carcinoma epidermoide cutáneo de localizaciones de riesgo.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de carcinoma escamoso de oreja y labio en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre 2014 y 2018. En todos ellos se recogieron variables epidemiológicas, características clínicas e histológicas del tumor, estadio tumoral según las guías AJCC y Brigham and Women's Hospital (BWH) y criterios de alto riesgo según guía EADO, el empleo de radioterapia adyuvante y la progresión tumoral. **Resultados.** Se recogieron 92 pacientes con carcinoma epidermoide (62 localizados en labio y 30 en oreja). La edad media de los pacientes fue de 74,16 años, el 88% fueron varones y un 29,5% recibió tratamiento con radioterapia adyuvante. El 31,5% de los pacientes presentó progresión tumoral, con desarrollo de metástasis ganglionares y/o sistémicas (33,9% en labio y 26,7% en oreja). El análisis estadístico reveló una menor progresión de la enfermedad en aquellos pacientes que recibieron tratamiento con radioterapia adyuvante, especialmente en aquellos pacientes con carcinomas escamosos en labio. Además, el análisis multivariante reveló el papel protector de la radioterapia en estos pacientes, encontrándose solo un incremento del riesgo de desarrollo de metástasis en aquellos pacientes catalogados de alto riesgo por la guía EADO.

Conclusiones. El carcinoma epidermoide de labio y oreja presenta altas tasas de progresión tumoral y algunas de las guías más usadas infraestiman el riesgo de estos tumores. En estos pacientes, la radioterapia adyuvante podría tener un papel protector del desarrollo de metástasis ganglionares y sistémicas.

CO9. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO: DIFERENCIAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS

J. Roca-Ginés, I. Torres-Navarro, B. Escutia-Muñoz, B. de Unamuno-Bustos y R. Botella-Estrada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide es el tumor cutáneo maligno más frecuente en los pacientes trasplantados de órgano sólido. Las terapias inmunosupresoras aumentan la supervivencia de estos pacientes, pero además pueden ser la causa de un incremento en la incidencia de tumores cutáneos, especialmente el carcinoma epidermoide.

Métodos. Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con carcinoma epidermoide extirpado y confirmado histológicamente en el periodo de enero de 2014 a diciembre de 2016. Los datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas y de los informes anatomopatológicos. Se midió el espesor tumoral (Breslow) y el índice de invasión tumoral de las muestras histológicas de los pacientes trasplantados y de pacientes no trasplantados.

Resultados. Incluimos un total de 240 pacientes, 215 no trasplantados y 25 trasplantados de órgano sólido, con un total de 276 carcinomas epidermoides. El número de carcinomas epidermoides por paciente fue mayor en el grupo de trasplantados respecto al de no trasplantados. Los pacientes trasplantados tuvieron el primer carcinoma epidermoide a una edad más temprana que el grupo de no trasplantados. Se mostrarán resultados de diferencias de espesor tumoral en ambos grupos, así como las diferencias entre tumores de alto riesgo.

Conclusiones. El carcinoma de células escamosas en trasplantados de órgano sólido en nuestra serie de pacientes no mostró características aumentadas de alto riesgo, ni se comportó de una manera más agresiva. Estos hallazgos sugieren que la vigilancia dermatológica en estos pacientes tiene un impacto en el pronóstico del carcinoma epidermoide.

CO10. INMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA, NUESTRA EXPERIENCIA

I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo, M.T. Fernández Moreno, S. Valenzuela Ubiña y M. Linares Barrios

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQ y V. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Antecedentes y objetivos. El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es el más frecuente de los cánceres de piel y aunque los estadios avanzados son infrecuentes, constituyen en muchas ocasiones un desafío terapéutico.

Métodos. Se expone una serie de 4 pacientes con CCNM avanzado: *Primer caso:* varón de 60 años con carcinoma epidermoide localmente avanzado (CEC-LA) que recibió 4 ciclos de pembrolizumab 2 mg/kg con respuesta completa mantenida durante 9 meses; se suspendió tratamiento por neumonitis inmunomediada grado 3. Posteriormente presentó progresión metastásica que fue reseada e inició nivolumab 240 mg/bisemanal con excelente tolerancia y respuesta parcial. *Segundo caso:* mujer de 83 años con CEC-LA en rama mandibular derecha con afectación ganglionar cervical ipsilateral. Realizó radioterapia con progresión de la enfermedad. Ante la irreseabilidad de la enfermedad se inició pembrolizumab 2 mg/kg cada 3 semanas con remisión clínica y radiológica mantenida durante 6 meses. *Tercer caso:* varón de 86 años con CEC-LA irreseable y no candidato a radioterapia en canto interno de ojo derecho con afectación del musculo recto medio. Inició pembrolizumab 2 mg/kg cada 3 semanas con excelente respuesta clínica tras 3 meses de tratamiento. *Cuarto caso:* varón de 89 años con leucemia linfática crónica y diagnóstico de carcinoma de células de Merkel de rápido crecimiento y progresión a pesar de cirugía en el mes previo. El estudio de extensión reveló metástasis hepáticas. Se inició pembrolizumab 140 mg intravenoso pero la rápida progresión terminó con el fallecimiento del paciente. El efecto inmunomediado más frecuente en nuestros pacientes fue el síndrome polimialgia reumática like, seguido de artralgias y síndrome pseudogripal, pudiendo manejarse sin complicaciones con corticoterapia sistémica a dosis bajas y antiinflamatorios.

Conclusión. Los inhibidores de PD1 aportan resultados muy prometedores para el tratamiento del CCNM avanzado. En la mayoría de los casos se han obtenido respuestas parciales, aunque también se han descrito respuestas completas. Se trata de un tratamiento con un buen perfil de seguridad, lo cual es de especial importancia al tratarse en su mayoría de pacientes de edad avanzada. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del CCNM avanzado con pembrolizumab para dar a conocer su eficacia, escasa toxicidad y su manejo por el dermatólogo.

CO11. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECIDIVA LOCORREGIONAL Y METÁSTASIS A DISTANCIA EN PACIENTES CON FIBROXANTOMA ATÍPICO/SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO

P.J. Gómez Arias^a, R. Salido Vallejo^a, A. González Menchén^b, J.L. Hernández Romero^a, B. Baleato Gómez^a, D. Moreno Mesa^a y A.J. Vélez García-Nieto^a

^aUGC de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. ^bUGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivo. Una entidad que presenta actualmente una importante controversia en Dermatología en cuanto a sus características, tratamiento, pronóstico y seguimiento es el sarcoma pleomórfico dérmico (SPD)/fibroxantoma atípico (FXA). Identificar la existencia de factores de riesgo que puedan correlacionarse con la aparición de recidiva local/regional y metástasis a distancia en pacientes con SPD y FXA.

Material y métodos. Estudio epidemiológico analítico, observacional, longitudinal de tipo retrospectivo sobre los pacientes intervenidos de SPD y FXA en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba entre enero de 2008 y junio de 2019. Como variable principal definimos la presencia de recidiva local o metástasis. Asimismo se recogieron variables epidemiológicas, clínicas e histopatológicas. Se efectuó análisis estadístico mediante SPSS v.25.

Resultados. Se incluyeron 57 pacientes diagnosticados de FXA/SPD. El 87,5% eran varones, con una edad media de 79 años. En el 88% de los casos, la lesión se localizaba en cuero cabelludo. La sospecha clínica inicial de FXA/SPD solo se produjo en el 16% de los casos. Tras la primera intervención, 11 tumores (19,3%) alcanzaban bordes de resección por lo que requirieron ampliación posterior. Se diagnosticó recurrencia o metástasis en 13 casos (22,8%), encontrándose 8 recurrencias locales, 5 metástasis ganglionares y 4 metástasis a distancia. Dos pacientes fallecieron debido a progresión. La mediana de tiempo transcurrido hasta la recidiva fue de 20 meses. Los FXA/SPD diagnosticados en mujeres presentaron un mayor índice de recurrencia local/regional y metástasis (50% de los casos frente al 16,3% de recurrencia/metástasis en varones; $p = 0,03$). Por otra parte, los tumores localizados fuera del polo cefálico presentaron un porcentaje de recurrencia del 57%, frente al 12,9% de los localizados en cabeza y cuello, $p = 0,04$.

Conclusiones. Considerar dentro del diagnóstico diferencial de una lesión la posibilidad de SPD/FXA permitirá una adecuada planificación quirúrgica para el abordaje de esta entidad y unos resultados óptimos. La exéresis incluyendo un margen profundo adecuado es recomendable para evitar reintervenciones. El seguimiento estrecho de pacientes con FXA/SPD localizados fuera de cabeza y cuello o en pacientes de sexo femenino podría ser recomendable dada la posibilidad de presentar un comportamiento clínico más agresivo.

CO12. CEMPLIMAB EN EL CARCINOMA ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO

Á. Estenaga Pérez de Albéniz^a, N. Rodríguez Garijo^a, A. Tomás Velázquez^a, F.J. García Martínez^a, E. Castañón Álvarez^b y P. Redondo Bellón^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma escamoso es el segundo tumor cutáneo más frecuente en caucásicos. La cirugía es curativa en más del 95% de los casos, pero en un pequeño porcentaje no es suficiente (metástasis o enfermedad localmente avanzada). El cemiplimab es un anti-PD1 aprobado por la FDA en septiembre de 2018 y por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para el tratamiento del carcinoma escamoso cutáneo localmente avanzado y metastásico.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 82 años, que inicialmente presentaba carcinoma escamoso con infiltración dérmica e invasión perineural supraauricular derecha, por lo que se indicó cirugía de Möhs en septiembre de 2016. Tras dos pases se alcanzaron bordes libres y se completó el tratamiento con radioterapia externa sobre cicatriz y lecho quirúrgico (51 Gy en 18 se-

siones). Pasados dos años consulta nuevamente en dermatología por aparición de placa eritematosa ulcerada en área pericatricial. Refiere historia de multineuritis con afectación de V y VII pares desde un año después de la primera cirugía, que se diagnosticó de etiología probablemente prostática y se trató mediante cirugía de rehabilitación de parálisis facial por parte de Otorrinolaringología y Cirugía Plástica en otro centro. En ese momento no se realizó resonancia magnética por la presencia de marcapasos. En nuestro centro se realiza biopsia de la lesión y pruebas de imagen incluida RM (en colaboración con cardiología para desprogramar el marcapasos), con lo que se establece el diagnóstico de carcinoma escamoso localmente avanzado en área supra- y preauricular derecha. Se inicia tratamiento con cemiplimab por uso compasivo, alcanzando respuesta completa clínica y radiológica. En el momento actual el paciente sigue con el tratamiento sin signos de recidiva local.

Discusión. Cemiplimab es una nueva arma terapéutica para el tratamiento de carcinomas escamosos localmente avanzados, habiéndose descrito respuestas en más del 50% de los pacientes tratados.

CO13. INMUNOTERAPIA ADYUVANTE DEL PACIENTE CON MELANOMA EN ESTADIO III. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE MELANOMA

A. Fernández Orland, L. Ferrándiz Pulido, R. Barros Tornay y D. Moreno Ramírez

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

Introducción. En julio de 2018 la Agencia Europea del Medicamento aprobó el uso de nivolumab (inhibidor de PD-1) en el tratamiento adyuvante de pacientes adultos con melanoma estadio III libres de enfermedad.

Objetivo. Describir la experiencia de una unidad de melanoma en el tratamiento adyuvante de pacientes con melanoma estadio III con nivolumab.

Métodos. Serie prospectiva de pacientes con melanoma estadio III resecaado que iniciaron tratamiento adyuvante con nivolumab entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, melanoma metastásico estadio IIIB, IIIC o III, libres de enfermedad al inicio del tratamiento. La intervención consistió en el tratamiento con nivolumab 3 mg/kg/2 semanas en infusión intravenosa. Variables de resultado: frecuencia de recaída regional, frecuencia de progresión, frecuencia de acontecimientos adversos.

Resultados. Durante el período de estudio 6 pacientes con melanoma estadio III (50% hombres, 50% mujeres) iniciaron tratamiento adyuvante con nivolumab. El 16,7% ($n = 1$) de los pacientes desarrollaron recaída local/regional y el 33,3% ($n = 2$) progresaron a estadio IV durante el primer año de tratamiento. En un paciente (16,7%) se procedió a la suspensión del tratamiento debido a toxicidad grado 4 (hipofisitis). Un paciente (16,7%) desarrolló una neumonía de la comunidad que requirió antibioterapia y suspensión temporal del tratamiento (grado III), y un paciente (16,7%) desarrolló poliosis de la pestañas como toxicidad grado I.

Conclusión. Los ensayos clínicos de inmunoterapia adyuvante han demostrado incremento de la supervivencia libre de enfermedad y global en pacientes con melanoma estadio III. Estos tratamientos no están exentos de toxicidad cuyo abordaje requiere el establecimiento de protocolos multidisciplinarios. Las unidades médico-quirúrgicas de melanoma representan un contexto idóneo para ofrecer al paciente con melanoma avanzado un abordaje integral de la enfermedad con resultados oncológicos y seguridad óptimas.

CO14. FACTORES PRONÓSTICOS EN CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 219 CASOS

J. Torre Castro^a, M.D. Mendoza Cembranos^a, C. Santonja Garriga^b, H. Kutzner^c, V. Alegría Landa^a, J.L. Díaz Recuero^a, N. Iglesias Pena^d, Á. Concha López^e, M.C. González-Vela^f, J.P. Vaqué^g, M.P. Domínguez Franjo^h, P.J. Martínez Murilloⁱ, L. Cereceda^b, R. Pajares^b, E.M. Andrés Esteban^j, M.Á. Piris Pinilla^b y L. Requena Caballero^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cFriedrichshafen Dermatopathologie. Friedrichshafen (Baden-Württemberg Bayern). ^dServicio de Dermatología. ^eServicio de Anatomía Patológica. Estructura Organizativa de Xestión Integrada de A Coruña. ^fServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecillas. Santander (Cantabria). ^gIDIVAL. Santander (Cantabria). Servicio de Anatomía Patológica. ^hHospital Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). ⁱHospital General de Villalba. ^jUniversidad Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). Grupo PBM. idiPAZ. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor poco frecuente que afecta a la población anciana, con un curso evolutivo muy agresivo. La radiación ultravioleta, la inmunosupresión y la presencia del poliomavirus en el genoma del tumor desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de esta neoplasia. Se han estudiado diversos factores pronósticos entre los que destacan la presencia de poliomavirus y de infiltrado linfocitario intratumoral, ambos asociados a mejores supervivencias.

Métodos. Se trata de un estudio retrospectivo y multicéntrico que incluye casos de hospitales de España y Alemania. Se han incluido 219 casos de carcinoma de células de Merkel. Se han estudiado variables clínicas, histopatológicas, inmunohistoquímicas (mediante micromatrices tisulares) de estos casos y se ha estudiado la relación entre estas variables y el curso clínico de la enfermedad.

Resultados y conclusiones. Se han encontrado múltiples datos clínicos y marcadores moleculares relacionados con el curso clínico. Edad elevada y estadio avanzado se asocia directamente con supervivencias más cortas. Pobre o nula expresión de CD163 (histiocitos), CD4 (linfocitos T colaboradores), FOXP3 (linfocitos T reguladores), TIA1 (linfocitos T citotóxicos) se asocia con peor supervivencia. La expresión nula o débil de ALK y EZH2 por parte de las células tumorales se asocia con peor supervivencia. Después del análisis multivariante, se han integrado las diversas variables en un factor numérico denominado riesgo global (Score global = Score [ALK] + Score [TIA 1] + Score [CD 163]), que estratifica la serie de pacientes en grupos con distintas probabilidades de supervivencia.

CO15. UTILIDAD DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL EX VIVO EN LA VALORACIÓN DE MÁRGENES DE CIRUGÍA DE MOHS DEL CARCINOMA BASOCELULAR

B. Bancalari Simon^{a,b}, C. Serra Guillén^a, B. Llombart Cussac^a, C. Requena Caballero^a, E. Nagore Enguindanos^a, E. Manrique Silva^{a,b}, A. Diago Irache^a, E. Bernia Petit^a, E. Ríos Viñuela^a, R. Moro^{a,b}, V. Traves Zapata^c, C. Guillén Barona^a y O. Sanmartín Jiménez^a

^aServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. ^bEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San V. Martir. ^cServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. La microscopía confocal ex vivo (MCEV) es una técnica diagnóstica que permite obtener imágenes digitales en tiempo real a partir de tejidos recientemente extirpados, con

una resolución y definición muy similar a las obtenidas en la histología convencional. La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) convencional del carcinoma basocelular (CBC) utiliza tinciones de hematoxilina-eosina (H/E) en congelado, lo cual suele tardar varios minutos, con tiempos que varían según cada centro. Nuestro objetivo es comparar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), y la velocidad de la MCEV respecto a la tinción de H/E en congelado, en la CMM del CBC.

Métodos. Se diseñó un estudio prospectivo con pacientes de nuestro centro diagnosticados de CBC e intervenidos de CMM durante diciembre de 2018 a octubre de 2019. Los pases de Mohs obtenidos fueron analizados primero por MCEV y posteriormente mediante tinción de H/E en congelado convencional. Se comparó la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y velocidad de cada procedimiento para la detección tumoral en márgenes quirúrgicos. Las imágenes de MCEV fueron comparadas por dos observadores ciegos, con el fin de calcular la concordancia interobservador.

Resultados. Se estudiaron 88 pacientes, con un total de 306 secciones de Mohs. Se obtuvo una sensibilidad del 85%, especificidad del 99%, VPP del 98% y VPN del 96%. El tiempo empleado en la valoración de márgenes con MCEV fue de casi un tercio con respecto a la tinción de H/E en congelado convencional. La concordancia interobservador fue > de más de 0,8 de coeficiente kappa.

Conclusiones. La MCEV tiene un excelente correlación con la técnica convencional de H/E en congelado para CMM, y permite reducir el tiempo de obtención de las imágenes a aproximadamente en un tercio. La gran concordancia interobservador indica que se trata de una prueba reproducible entre distintos dermatólogos o dermatopatólogos entrenados.

CO16. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CON DISEMINACIÓN LOCORREGIONAL. PAPEL DEL BUDDING TUMORAL COMO FACTOR DE ALTO RIESGO

A. Diago Irache, C. Serra Guillén, C. Guillén Barona, E. Nagore Enguindanos, C. Requena Caballero, B. Llombart Cussac, E. Bernia Petit, E. Ríos Viñuela y O. Sanmartín Jiménez

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

El carcinoma epidermoide cutáneo es la segunda neoplasia más frecuente, con una incidencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes año en Europa. Se estima que hasta en un 5% de los casos puede metastatizar, principalmente a ganglios linfáticos regionales. Para evaluar la probabilidad de diseminación del carcinoma epidermoide cutáneo, se han propuesto diferentes factores de riesgo, recogidos en parte en la última estadificación propuesta por la AJCC. Entre ellos se encuentra el tamaño y espesor tumoral o la presencia de invasión perineural o linfovascular. También se han descrito como factores de alto riesgo localizaciones primarias tales como la oreja o el labio, o la pobre diferenciación histológica, y muchos otros que no están incluidos en los sistemas de estadificación tumoral. El término budding es definido como la presencia de células tumorales, solitarias o agrupadas en pequeños clústeres (hasta 4), en el estroma del frente de invasión tumoral. Recientemente se ha sugerido que el budding tumoral también puede ser un factor de alto riesgo en el carcinoma epidermoide cutáneo, lo que pudiera condicionar el seguimiento de los pacientes que presentaran esta característica histológica. Nuestro objetivo fue estudiar la presencia del budding tumoral en los carcinomas epidermoides con afectación ganglionar vs. carcinomas epidermoides sin diseminación locorregional. Llevamos a cabo un estudio casos-controles retrospectivo de carcinoma epidermoide cutáneo con afectación nodal frente a similar número de casos sin afectación ganglionar. Se estudio histológicamente mediante hematoxilina-eosina y mediante citokeratinas la presencia del budding tumoral, así como de otras posibles características histológicas y clínicas de mal pronóstico. Estudio de supervivencia

comparativo. Se encontró que el budding tumoral, entre otros factores de alto riesgo ya conocidos, condicionaba un mayor riesgo de diseminación ganglionar frente a aquellos carcinomas epidermoides de tamaño similar, condicionando además una menor supervivencia. Pese a que el budding tumoral no se encuentra recogido entre los criterios de alto riesgo del carcinoma epidermoide de la AJCC, debería recogerse de manera protocolaria en los informes histológicos por el mayor riesgo de estos pacientes de afectación locorreccional y su menor supervivencia.

Pósteres

Cirugía

P01. MELANOMA ACRAL Y CIRUGÍA FUNCIONAL DEL APARATO UNGUEAL: DOS CASOS

F.M. Almazán Fernández, J.J. Vega Castillo y R. Ruiz Villaverde

Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El melanoma subungueal es una presentación poco frecuente. Clásicamente, estos pacientes han sido derivados a unidades de traumatología o cirugía plástica para el abordaje quirúrgico. Sin embargo, cada vez más, muchos servicios de dermatología se encargan del manejo holístico del melanoma, independientemente del área anatómica afecta.

Casos clínicos. *Caso 1.* Varón de 54 años, conductor de autobús, acudió por pigmentación longitudinal atípica ungueal, signo de Hutchinson y afectación del hiponiquio. El estudio histopatológico fue compatible con melanoma acral. Se realizó cirugía funcional con márgenes de seguridad y cierre del defecto mediante injerto dermoepidérmico. La evolución fue favorable.

Caso 2. Varón de 68 años, previamente intervenido de melanoma acral con cirugía funcional. En la revisión se observó nueva mácula pigmentada de bordes mal definidos sobre cicatriz. La biopsia punch fue compatible con recidiva de melanoma. El paciente fue intervenido mediante cirugía funcional y cierre del defecto quirúrgico mediante injerto dermoepidérmico. La evolución fue favorable.

Discusión. La cirugía funcional del aparato ungueal con márgenes de seguridad es una alternativa a la amputación. Es primordial realizar una extirpación correcta y completa del melanoma. Técnicamente la intervención no es muy compleja, aunque puede consumir más tiempo que la amputación. La satisfacción por parte del paciente, así como evitar el sentimiento de mutilación, son variables a tener en cuenta siempre que está técnica quirúrgica pueda realizarse.

Conclusiones. La cirugía funcional del aparato ungueal, en casos seleccionados, debería considerarse una opción quirúrgica en el tratamiento del melanoma.

P02. LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR: CUANDO LA CIRUGÍA VA MÁS ALLÁ DE LA PIEL

A. Arana Raja^a, S. Beà Arbedol^a, A. Aburtto Bernardo^b, L. Garro Guerrero^b y C. Moreno García del Real^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Plástica. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de la piel. Aunque generalmente no supone

un riesgo vital para el paciente y su expansión metastásica a distancia es excepcional, puede producir infiltración local agresiva. La localización en cuero cabelludo es especialmente problemática, con recidivas que suelen aparecer dentro de los 2 primeros años siguientes a la primera cirugía. En la literatura son pocos los casos descritos en los que un basocelular localizado en cuero cabelludo cursa con invasión de estructuras intracraneales. Este hecho no solo ensombrece el pronóstico, sino que el abordaje necesario para su tratamiento será necesariamente multidisciplinar y requerirá una planificación quirúrgica más allá de la habitual. Presentamos el caso de un paciente de 81 años de edad, que había sido previamente intervenido en 2016 de carcinoma basocelular infiltrativo en región frontotemporal. Se presentó con una amplia recidiva local confirmada con biopsia cutánea, y se decidió intervención mediante cirugía micrográfica de Mohs.

Materiales y métodos. Se realizaron 4 pases de cirugía de Mohs, hasta que los bordes estuvieron libres. Al realizarse biopsia de hueso y estar este infiltrado por el tumor, se realizó resección por neurocirugía, fresado de calota craneal e implante de malla de titanio. Tras confirmarse la completa resección del tumor tanto en piel como en hueso, se realizó cobertura por parte de Cirugía Plástica con colgajo libre dorsal ancho, por encima de la malla, con anastomosis de vasos faciales a la arteria toracodorsal. Una semana después, se obtuvo injerto de espesor de piel parcial mallado de cara anterointerna de muslo izquierdo, colocándose sobre el colgajo.

Resultados. Los tumores cutáneos invasivos de la bóveda craneal suponen, en ocasiones, un desafío tanto terapéutico como reconstructivo. Dentro de las distintas opciones técnicas, los colgajos libres suponen generalmente la mejor opción quirúrgica en grandes defectos de cuero cabelludo, implicando o no a tejido óseo. En el caso de defectos de menor tamaño, lo razonable es el trazado de colgajos locales.

Conclusiones. En casos como el expuesto en el que la resección oncológica debe, sin lugar a dudas, ir seguida de una reconstrucción inmediata y segura, la colaboración interdisciplinar debe ser la norma.

P03. PLASTIA PEDICULADA EN ISLA CON ORIENTACIÓN VERTICAL: NEOOMBLIGO TRAS ESCISIÓN AMPLIA POR MELANOMA

L. Vergara de la Campa^a, A. Brinca^b, A. Pinho^b y R. Vieira^b

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario de Toledo. España. ^bCentro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal.

Presentamos el caso de una paciente de 82 años que acude a consulta para valoración de una lesión umbilical pigmentada de largo tiempo de evolución. Se realizó biopsia diagnóstica, resultando ser un melanoma de extensión superficial con componente invasivo de hasta 1,25 mm de Breslow. Las lesiones tumorales malignas umbilicales, aunque infrecuentes, suelen requerir, entre otros tratamientos, de una onfalectomía total. Dada la importancia estética que esta estructura aporta a la pared abdominal, su reconstrucción o realización de una neoumbilicoplastia debe ser considerada juntamente con la planificación de la técnica quirúrgica. Las técnicas utilizadas para la creación de un neoumbigo utilizando cicatrices quirúrgicas de la misma zona son variadas en diseño y complejidad técnica, y entre estas se encuentran predominantemente las plastias (de Borges, en cilindro desplegado, en fiambarrera, en iris, o mediante dos plastias giradas, C-V invertida o triangular) y menos frecuentemente, injertos. La neoumbilicoplastia mediante plastia pediculada en isla es una plastia de complejidad moderada, a realizar en el mismo acto de la onfalectomía aprovechando la cicatriz quirúrgica, bajo anestesia local y que procura un muy adecuado resultado estético. A pesar de ello, esta técnica ha sido descrita en escasas ocasiones para esta localización anatómica, siendo más conocido su uso por dermatólogos para la reconstrucción de defectos nasales o centro faciales tras la extirpación de tumores cutáneos.

En el caso de nuestra paciente, tras mucha consideración, se planificó la realización de una escisión local amplia con un margen de 2 cm y reconstrucción umbilical mediante una plastia pediculada en isla con orientación vertical, aprovechando la línea de incisión del defecto, lo cual permitió el cierre del mismo y el establecimiento de un neombligo con un apropiado resultado estético.

P04. CIRUGÍA DE MOHS EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 222 CASOS

C. Serra Guillén, B. Llombart Cussac, E. Nagore Enguידanos, C. Guillén Barona y O. Sanmartín Jiménez

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

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo de naturaleza fibrohistiocitaria, caracterizado clásicamente por tener una alta agresividad local y una elevada tasa de recidivas incluso tras extirpaciones con márgenes amplios. Existen múltiples y recientes publicaciones con series amplias de DFSP que recomiendan la cirugía convencional (CC) con márgenes de incluso más de 3 cm. Por otra parte cada vez son más numerosos los trabajos que apuestan por la cirugía de Mohs (CM) como tratamiento de elección del DFSP. Por lo tanto, existe actualmente un debate sobre qué técnica quirúrgica es mejor para el tratamiento del DFSP.

Objetivos. Estudiar la CM en una serie amplia de DFSP de un único centro así como los factores asociados a una mayor dificultad quirúrgica.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo utilizando los casos de DFSP con diagnóstico confirmado histológicamente e intervenidos mediante CM en nuestro centro desde 1999 hasta la actualidad. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tipo de tumor, localización, tiempo de evolución, tamaño, tipo de reconstrucción del defecto quirúrgico, número de estadios y margen final tras una hipotética CC. Para calcular el margen final se midió la distancia entre el límite clínico del tumor y el defecto quirúrgico final tras realizarse la CM. Se relacionaron las características del tumor (edad, sexo, localización, tiempo de evolución y tamaño) con ese hipotético margen así como con el número de estadios de CMM.

Resultados. Se incluyeron 222 casos de DFSP extirpados con CMM. La media del margen hipotético de extirpación fue de 1,23 cm. La media de estadios de Mohs fue de 1,47. Los tumores recidivados, el tamaño > 5 cm y la localización en la cabeza y el cuello fueron los factores asociados significativamente a un mayor margen quirúrgico y a un mayor número de estadios de Mohs. Se encontró una única recidiva con una mediana de seguimiento de 76,5 meses.

Conclusión. La CMM es el tratamiento de elección del DFSP ya que permite eliminar el tumor sin necesidad de usar márgenes amplios y con bajas tasas de recidivas. Los tumores recidivados, de mayor tamaño y localizados en la cabeza y el cuello son los que se asocian a una mayor dificultad quirúrgica en la CM.

P05. USO DE LA SUTURA BARBADA UNIDIRECCIONAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA CUTÁNEA

J.A. González Saavedra, I. Castaño Uhagón, G. Garriga Martina y E. Herrera Ceballos

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

Introducción. Teniendo en cuenta el gran volumen de extirpaciones oncológicas y reconstrucciones en el ámbito de la dermatología, es fundamental analizar el tipo de sutura a utilizar, analizando los resultados estéticos y atendiendo a las posibles complicaciones para optimizar estas intervenciones. La rapidez en la intervención también desempeña un papel fundamental en cuanto al análisis

coste-beneficio de las cirugías. La sutura barbada consiste en el uso de pequeñas púas en el mecanismo para bloquear los dos tejidos aproximados, se trata por tanto de una sutura que no necesita nudos y en cirugía dermatológica se usa fundamentalmente la de tipo unidireccional suturando una sola capa dérmica.

Métodos. Se analizan 30 casos de extirpaciones oncológicas en el servicio de dermatología, incluyendo intervenciones sobre carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares o melanomas en diferentes localizaciones: región facial y cervical, tronco y extremidades, y se analizan de forma prospectiva, comparando tres tipos de suturas: sutura barbada unidireccional, sutura externa con seda discontinua o sutura intradérmica con monofilamento. Las variables en cuanto a resultado que se tienen en cuenta son: tiempos de la intervención, resultado estético incluyendo la percepción por parte del paciente y del cirujano cumplido el mes de la cirugía y las siguientes complicaciones: tasa de infección y dehiscencia en la sutura.

Resultados. Se observó una reducción en cuanto al tiempo de la intervención utilizando la sutura barbada en todas las localizaciones que se han analizado. En cuanto a infección de la herida quirúrgica se obtuvieron un caso con sutura barbada y un caso con sutura con seda discontinua, no siendo estas diferencias significativas. En cuanto a la tasa de dehiscencia, se obtuvo un caso con sutura barbada que tuvo que ser reintervenido y ningún caso con sutura convencional.

Conclusión. La sutura barbada es una alternativa segura que se puede emplear en cirugía oncológica cutánea, que no tiene diferencias en cuanto a tasa de complicaciones en nuestra experiencia y en la literatura revisada. Atendiendo a la reducción del tiempo quirúrgico puede repercutir positivamente en el análisis coste beneficio. Sería necesario un análisis de los resultados a largo plazo y con mayor número de pacientes, haciendo un análisis estratificado por localizaciones para optimizar las indicaciones de este tipo de sutura.

P06. TRATAMIENTO CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (VAC O VACCUM ASSISTED CLOSURE) SOBRE INJERTO CUTÁNEO PARA EL CIERRE DE ÚLCERAS COMPLICADAS: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

J. Martín Alcalde, M. Vela Ganuza, C. Sarró Fuente, R. Miñano Medrano y J.L. López Esteban

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. España.

Antecedentes y objetivos. La terapia de presión negativa (VAC o Vacuum Assisted Closure) sobre injerto cutáneo ha sido descrita en la literatura como una buena alternativa para pacientes con úlceras complicadas. Nuestro objetivo es revisar los casos tratados con terapia de presión negativa sobre injerto cutáneo.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes tratados con VAC sobre injerto cutáneo para el cierre de úlceras complicadas en el servicio de dermatología de un hospital secundario en España en el último año. Se revisaron sus historias clínicas, fotografías y pruebas complementarias.

Resultados. Tres pacientes en total fueron tratados mediante VAC sobre injerto cutáneo en el último año. Los defectos estaban causados por hematomas disecantes en 2 de los pacientes y por una fascitis necrotizante en otro. El tamaño de los mismos variaba de 65 cm² a 210 cm². En 2 de ellos se realizó un injerto laminar y en el otro uno de piel total al ser el defecto más pequeño. Inmediatamente tras la colocación del injerto se implantó la VAC con presión continua de 75 mmHg. En el caso 1 se levantó a los 3 días y se recolocó en 2 ocasiones más. En los casos 2 y 3 se retiraron a los 5 días y no fue necesaria la recolocación, pudiendo dar de alta a los pacientes para realizar curas ambulatorias. En todos los pacientes el injerto fue viable, aunque con complicaciones de gravedad variable.

Conclusiones. En estudios prospectivos esta técnica ha demostrado menor tasa de infecciones, menos dolor, mejor manejo de las curas y una recuperación más rápida frente a injerto sin VAC. Los pacientes

con úlceras complicadas que requieren intervención quirúrgica suelen tener edad avanzada y presentar múltiples comorbilidades. En nuestros casos, aunque sin grupo control para comparar, el procedimiento ha conseguido un cierre más rápido del defecto y en 2 de ellos la posibilidad de ambulatorizar al paciente 5 días tras la intervención. Pese a ello, es un procedimiento que no está exento de efectos adversos por lo que la selección cuidadosa del paciente candidato y un buen protocolo de ambulatorización son esenciales para el manejo de este tipo de patologías y la realización de esta técnica.

P07. ¿SABEMOS DIAGNOSTICAR LOS DERMATÓLOGOS?

J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente,
T.A. Hernández Gómez, J. Navarro Pascual
y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Introducción. Existen escasos estudios que evalúen nuestra precisión diagnóstica, comparando nuestro diagnóstico clínico inicial con el resultado definitivo anatomopatológico tras la exéresis de la lesión. **Método.** Se recogieron datos de 758 pacientes, intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria en nuestro servicio, desde junio de 2016 hasta mayo de 2019. Las variables recogidas fueron edad, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico definitivo, necesidad de biopsia prequirúrgica, localización de la lesión. Todos los datos se almacenaron en una base de datos utilizando IBM SPSS Statistics y se efectuó el test de Chi cuadrado para determinar la presencia de significación estadística ($p < 0,05$). Se tomaron como referencia, como en anteriores estudios la sensibilidad y el VPP para evaluar nuestra agudeza diagnóstica.

Resultados. Nuestra muestra se componía de 459 hombres y de 299 mujeres, con una edad media de 75,77 años. De todas las lesiones, el 53,2% eran carcinomas basocelulares, el 27,2% carcinomas espinocelulares, el 6,6% melanomas y el resto eran otro tipo de lesiones malignas. El 80,7% se encontraban en cara y cuello. En cuanto a la sensibilidad global para acertar clínicamente el diagnóstico, fue de un 85,12% para todo tipo de tumores. En un 24,9% de casos se realizó biopsia previa a la cirugía. En el 78,8% de estos pacientes biopsiados, el diagnóstico clínico se correlacionó con el diagnóstico histológico tras biopsia; mientras que en el 85,4% de los pacientes a los que no se biopsió se acertó con el diagnóstico clínico. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,224$). La sensibilidad para el diagnóstico de carcinoma basocelular fue la mayor, de un 93,3% y el VPP fue del 90,16%. Para CEC, la sensibilidad diagnóstica fue del 86,41% y el VPP del 80,18%. En cuanto a melanoma, la sensibilidad diagnóstica fue del 84% y el VPP de 80,16%.

Conclusiones. Los hallazgos en nuestra muestra respecto a sensibilidad y VPP para los diferentes tipos de lesiones tumorales son muy parecidos a los que existían en estudios previos, siempre con el carcinoma basocelular a la cabeza. No se encontraron diferencias en nuestra capacidad de diagnosticar tumores previamente biopsiados o no, lo cual nos hace pensar si realmente es tan necesaria la biopsia previa a la resección completa tumoral.

P08. COLGAJO DE ROTACIÓN EN MEJILLA PARA DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE GRAN TAMAÑO. CASO CLÍNICO

J.J. Vega Castillo^a, F.M. Almazán Fernández^a, P. Aguayo Carreras^b,
C. Cuenca Barrales^a y R. Ruiz Villaverde^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario San Cecilio. Granada. ^bHospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

La mejilla es un área extensa de la región facial que permite múltiples opciones de reconstrucción. Presentamos el caso de una pa-

ciente intervenida de un dermatofibrosarcoma protuberans en mejilla mediante cirugía de Mohs, cuyo defecto quirúrgico resultante fue cerrado mediante un colgajo de rotación. Los colgajos de rotación son aquellos que una vez escindidos y despegados del tejido celular subcutáneo cierran el defecto girando sobre ellos mismos. Resultan especialmente útiles para cubrir defectos triangulares; si no lo son, se recomienda triangularizarlos, como en el caso que presentamos. En la cirugía de la mejilla debe prestarse especial atención, por el riesgo de iatrogenia, a las áreas de la parótida y del nervio facial y sus ramas. El buen conocimiento de la anatomía local permitirá llevar a cabo una cirugía sin complicaciones posquirúrgicas inmediatas y con buen resultado médico y estético a medio-largo plazo.

P09. CONTROL DE SÍNTOMAS EN LA ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE CON TOXINA BOTULÍNICA

A. Bueno Rodríguez, A. Rodríguez Tejero, T. Montero Vilchez,
J. Tercedor Sánchez y S. Arias Santiago

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

Antecedentes y objetivos. La enfermedad de Fox-Fordyce es una enfermedad rara que se caracteriza por pápulas pruriginosas en las glándulas apocrinas y para la que no existe tratamiento definitivo ni cura conocida en el momento actual. Presentamos el caso de una paciente de 42 años atendida en nuestro centro con antecedentes de hipotiroidismo y acné, y que presentaba esta condición confirmada mediante biopsia. La paciente consulta por intenso prurito axilar de difícil control asociado a hiperhidrosis a pesar de los tratamientos realizados, entre ellos corticoides, inhibidores de la calcineurina y antitranspirantes. Además se había realizado años antes tratamiento con ácido retinoico tópico y láser de CO₂ que mejoraron la estética pero no la sintomatología asociada. El picor y la hiperhidrosis por la que consultaba habían empeorado en los últimos meses y le afectaban a diario. Se decide realizar tratamiento sintomático con toxina botulínica ante la existencia de evidencia clínica del control del prurito con esta toxina en diversas dermatosis como el liquen plano, neuralgia parestésica y prurito braquiorradial entre otros. Además, la toxina botulínica inhibe la liberación de acetilcolina, de sustancia P y de glutamato, sustancias que están envueltas en las vías de transmisión del prurito.

Métodos. Previo a la administración de la toxina se realizó el test de Minor. Se administró tratamiento con toxina botulínica en ambas regiones axilares (50 UI por axila).

Resultados. La paciente presentó disminución clara de la sudoración y del prurito asociados con gran mejoría de su calidad de vida en la primera revisión postratamiento que se realizó a los dos meses. Se observó disminución de la consistencia de las pápulas y de la sudoración que se mantiene en el seguimiento.

Conclusiones. Presentamos el tratamiento con toxina botulínica como una herramienta para el control del prurito y de la hiperhidrosis de difícil control en los pacientes con la enfermedad de Fox-Fordyce.

P10. RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL MEDIANTE COLGAJO MCGREGOR

M. Martínez García, E. Vargas Laguna, N. Silvestre Torner,
S. Tabbara-Carrascosa y M.Á. Gallego Valdés

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.

Antecedentes y objetivos. Los tumores palpebrales suponen entre un 5-10% de todas las neoplasias cutáneas malignas. Existen distin-

tos tipos de colgajos para reparar la lámina anterior palpebral (piel y músculo).

Métodos. Se presentan tres pacientes con tumores localizados en el párpado inferior en los que tras la exéresis tumoral se ha empleado como técnica de reconstrucción de la lámina anterior un colgajo miocutáneo de avance-rotación lateral de tipo McGregor.

Resultados. El resultado funcional y estético de la cirugía fue satisfactorio en los tres casos. A pesar de ser una localización con gran tendencia a presentar edema y hematoma posquirúrgico, solo un caso manifestó hematoma de forma llamativa en el postoperatorio que se resolvió sin complicaciones. No se observó ningún grado de ectropión en el seguimiento de los pacientes.

Discusión/Conclusión. Hay que tener presente que si se compromete la estabilidad del párpado y se altera su función, pueden surgir complicaciones, la más frecuente es el ectropión. Esto puede ser debido a colgajos que produzcan tensión vertical sobre el párpado o a una inadecuada reparación del tarso. En la reconstrucción palpebral, para poder obtener un buen resultado estético y sobre todo funcional es de gran importancia plantear el tipo de cirugía que se va a realizar, en función del tamaño del tumor, localización, relación con el borde libre palpebral y el espesor del defecto creado tras la exéresis tumoral. En el caso de realizar un colgajo, evitar aquellos que produzcan tensión vertical sobre el párpado para prevenir en lo posible la aparición de ectropión, así como asegurar la reconstrucción del tarso en los defectos de espesor total. En 1963 McGregor describió diversos colgajos para la reconstrucción de subunidades estéticas faciales. El colgajo de tipo McGregor es un colgajo miocutáneo de avance-rotación lateral que emplea una zetaplastia posterior para cerrar el defecto secundario. Se emplea también para la reconstrucción del labio inferior con alguna modificación. Como conclusión, presentamos el colgajo de tipo McGregor como un colgajo seguro, fácil y sencillo, útil para la reconstrucción de defectos de espesor parcial de hasta un 50% de la longitud palpebral.

P11. RESOLUCIÓN DE DEFECTO DE GRAN TAMAÑO EN SURCO NASOGENIANO TRAS CIRUGÍA DE MOHS

C. Silvente San Nicasio, N. Cano Martínez, D. Velázquez Tarjuelo, S. Galiano Mejías y P. de la Cueva Dobao

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción. Tras una cirugía micrográfica de Mohs los defectos a reconstruir resultantes pueden llegar a ser muy grandes. Para cerrarlos suele ser necesario el uso de colgajos cutáneos. Por otra parte, el surco nasogeniano es una región donde convergen diferentes fronteras anatómicas cuyas líneas de relajación de la tensión de la piel se despliegan en diferentes direcciones. Además es una zona que atrae la atención visual e invita a comparar la simetría de las dos hemifaros.

Caso clínico. Se trata de una mujer de 83 años que presenta un carcinoma basocelular esclerodermiforme localizado en el surco nasogeniano izquierdo, de 10 años de evolución. El tamaño inicial es de 3 × 2 cm. Tras 2 pases de cirugía de Mohs el defecto final es de 5 × 5 cm extendiéndose ampliamente a piel labio superior y mejilla izquierdas. Dada la elasticidad de la piel de la paciente efectuamos un colgajo de avance de mejilla, desbridando de forma generosa y realizando varios puntos de anclaje con sutura reabsorbible en tejido celular subcutáneo. No se registraron complicaciones posquirúrgicas y el resultado fue cosmético y funcional.

Discusión. La región facial permite la obtención de colgajos cutáneos con muy buena vascularización, delgados, con características similares a la piel de la zona que vamos a reconstruir y con mínima morbilidad. La elasticidad de la piel de la mejilla, y más en personas de avanzada edad, permite colgajos de avance con mínima distorsión de estructuras vecinas.

P12. BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL: PAPEL DEL DERMATÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

F. Vílchez Márquez^a, E. Morales Larios^a y P. Conde Baena^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital de Guadix. Granada. España.

Antecedentes y objetivos. La arteritis de células gigantes es una vasculitis de gran vaso que provoca afectación de la arteria temporal, causando cefaleas y claudicación mandibular entre otras manifestaciones. Uno de los criterios diagnósticos es la presencia de granulomatosis con poliangeitis en la biopsia de arteria temporal (BAT). Debido a los conocimientos anatómicos que los dermatólogos poseemos de la región temporal nos planteamos la factibilidad para que dicha técnica sea llevada a cabo en los servicios de Dermatología.

Métodos. Se llevó a cabo una encuesta online voluntaria descriptiva a través del formato Google forms. Los datos obtenidos se trasladaron a una tabla Excell (v 2011 Mac) para su posterior estudio.

Resultados. En la encuesta participaron un total de 106 dermatólogos, el 67% de los cuales trabajaba en un hospital terciario, regional o universitario, el 12,3% en un hospital comarcal y el 20,8% en un hospital privado. Destacó que solo el 11,3% de los encuestados afirmaba que los pacientes eran remitidos a Dermatología para la realización de la BAT y un 38% de los que no recibían a pacientes con sospecha de arteritis no sabían a qué servicio eran remitidos dichos pacientes. Un 65,7% de los encuestados admitía que tienen capacidad quirúrgica y suficientes conocimientos anatómicos de la zona como para poder asumir la técnica pero un 48,1% afirmó que existían problemas logísticos o de recursos que dificultaban la implementación rutinaria de la BAT en los servicios de Dermatología.

Conclusiones. La BAT es una técnica sencilla y asumible por parte de los dermatólogos debido a que la región temporal es un terreno con el que estamos familiarizados por nuestra práctica quirúrgica. Sin embargo, probablemente problemas logísticos (listas de espera, prioridad del cáncer de piel), así como la posibilidad de la realización de la técnica en otros servicios dificultan la realización rutinaria de esta en los servicios de Dermatología.

P13. CUANDO EL COLGAJO FRONTAL PARAMEDIANO NO ES SUFICIENTE, DOS ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS COMBINADAS ÚTILES

R. Linares Navarro, L. M. Valladares Narganes, H. Perandones González, J. Castiñeiras González y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Antecedentes. El colgajo frontal paramediano es una de las técnicas de referencia para la reconstrucción de defectos nasales de gran tamaño o con exposición ósea o cartilago. Sus ventajas son la incorporación de la arteria supratroclear en el eje del colgajo, una mayor vitalidad permitiendo la nutrición de estructuras como la mucosa o el cartilago, y un pedículo estrecho que permite mayor rotación y una mayor facilidad para el cierre del defecto secundario frontal. Además, la localización superficial de la arteria supratroclear permite modular el grosor del colgajo para ajustarlo al defecto, obteniendo un mejor resultado estético. La principal desventaja de esta técnica es la necesidad de un segundo tiempo para seccionar el pedículo.

Métodos. En esta comunicación se presentan dos casos clínicos en los que el colgajo frontal paramediano no fue suficiente para cubrir el defecto nasal, siendo necesario emplear un segundo tipo de colgajo. El primer caso se trata de una mujer de 84 años diagnosticada de un carcinoma epidermoide que ocupaba todo el dorso nasal, con infiltración del cartilago nasal. Se practicó la exéresis de la lesión, incluyendo mucosa. Para la reconstrucción de la mucosa nasal se empleó un colgajo melolabial tunelizado y plegado sobre sí mismo.

El recubrimiento externo se reconstruyó mediante un colgajo frontal paramediano en dos tiempos. El cierre del defecto frontal se logró con un colgajo de avance unilateral. El segundo caso es un varón de 82 años con diagnóstico de carcinoma basocelular esclerodermiforme nasal con afectación del pericondrio. Se extirpó mediante cuatro etapas de cirugía de Mohs. Se reconstruyó la mucosa nasal mediante un colgajo de pedículo subcutáneo melolabial plegado y desepitelizado. La cobertura del defecto externo se logró a través de un colgajo frontal paramediano.

Resultados y conclusión. En ambos pacientes el resultado funcional y estético fue satisfactorio. De los casos descritos se deduce la necesidad de técnicas de cobertura complementarias al colgajo frontal paramediano en casos seleccionados. Sin embargo, dicho colgajo sigue siendo una de las alternativas de elección para el cierre de defectos nasales de gran extensión, especialmente si hay exposición de hueso o cartilago. Existen diferentes opciones para complementar la cobertura. El colgajo melolabial en sus diferentes variantes puede ser adecuado.

P14. TERAPIA BIOLÓGICA Y CIRUGÍA EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

T. Montero Vilchez, A. Martínez López, L.S. Rodríguez, S. Arias Santiago y A. Molina Leyva

UGC Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes y objetivos. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la glándula sudorípara que afecta al 1-4% de la población que supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Las terapias biológicas han demostrado ser efectivas para HS moderada y grave. La cirugía también constituye un pilar en su tratamiento, aunque las recidivas son frecuentes. Actualmente, los estudios que evalúan la terapia biológica concomitante con la cirugía son limitados. Los objetivos de este estudio fueron: 1) Evaluar las características clínicas de los pacientes con HS que recibieron cirugía en presencia de tratamiento biológico concomitante. 2) Evaluar si el tratamiento biológico concomitante aumenta el riesgo de infecciones u otras complicaciones después de la cirugía. 3) Evaluar si el tratamiento biológico concomitante disminuye las tasas de recurrencia quirúrgica 24 semanas después de la cirugía.

Material y métodos. Estudio de cohortes. Cohorte expuesta: pacientes que recibieron tratamiento biológico concomitante a la cirugía. Cohorte control: pacientes sin tratamiento biológico concomitante. Los pacientes fueron seguidos durante 24 semanas. Las principales variables de interés fueron: recurrencia, infección de la herida quirúrgica, hemorragia posquirúrgica y tiempo hasta la curación.

Resultados. Los pacientes con tratamiento biológico concomitante presentaron HS de mayor tiempo de evolución (17,07 vs. 10,38 años, $p = 0,04$) y de mayor gravedad (IHS4 11,07 vs. 7,24, $p = 0,03$). El tratamiento biológico concomitante se asoció a un tiempo hasta la curación más prolongado ($p = 0,02$) y a una menor tasa de recurrencias.

Conclusión. Los pacientes que reciben tratamiento biológico concomitante a la cirugía son enfermos más graves. El tratamiento biológico concomitante podría aumentar el tiempo hasta la curación de la herida quirúrgica, aunque no incrementa el riesgo de infección. El tratamiento biológico concomitante a la cirugía podría modificar la tasa de recurrencias posquirúrgicas.

P15. TRES "AVANCES" EN LA RECONSTRUCCIÓN DE TUMORES AURICULARES

L. Linares González, F. José Navarro Triviño, T. Ródenas Herranz, Á. Ayén Rodríguez y R. Ruiz Villaverde

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

El pabellón auricular es una estructura anatómica compleja que constituye, dada su posición prominente en el área facial, una localización frecuente de neoplasias cutáneas malignas. Su reconstrucción plantea, en ocasiones, un problema al cirujano, que debe esforzarse en obtener un resultado final aceptable desde el punto de vista estético y, sobre todo, funcional. Las estrategias quirúrgicas en esta zona son múltiples y dependerán fundamentalmente de las características del paciente y del tumor. Presentamos tres casos de patología tumoral localizada a nivel auricular con tres opciones reconstructivas diferentes, todas basadas en colgajos de avance. En primer lugar, se trata de un hombre de 89 años con un cuerno cutáneo sobre carcinoma epidermoide localizado en el polo superior del hélix. Se realizó la extirpación quirúrgica respetando el cartilago y el defecto primario se resolvió mediante un colgajo de avance rectangular de la misma anchura que el defecto en la región retroauricular. La evolución fue favorable y el estudio histopatológico confirmó los márgenes libres de tumor. El segundo caso es un varón de 74 años de edad con un tumor ulcerado situado en la parte media del hélix. La exploración física y dermatoscópica fue compatible con carcinoma basocelular. Tras la exéresis completa del tumor con márgenes de seguridad, se planteó un colgajo de avance condrocútáneo superior al defecto en la cara anterior del hélix. Se incide tanto la piel como el cartilago, lo que facilita el avance, con buen aporte vascular y escasa modificación de la anatomía auricular. Por último, presentamos el caso de un varón de 69 años con un carcinoma epidermoide que afectaba la parte media del hélix. Se extirpó la lesión con margen de seguridad y se diseñó un colgajo de avance-rotación en el surco del hélix en cara anterior y posterior, cuyas líneas se prolongaban superior e inferior al defecto, hasta el lóbulo de la oreja. Se disecó a nivel subcutáneo, respetando el cartilago subyacente, se colocó correctamente y se procedió a la sutura. Las características anatómicas y funcionales del área auricular implican a menudo un reto para el abordaje de esta zona en la cirugía dermatológica. Proponemos tres alternativas de reconstrucción diferentes con el objetivo de obtener los mejores resultados terapéuticos.

P16. MANEJO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CON CIRUGÍA DE MOHS EN DIFERIDO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 12 AÑOS

P. Luque Varela, Á. Barranquero Fernández, E. Herrera Acosta y E. Herrera Ceballos

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

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma de tejidos blandos infrecuente con una baja tasa de metástasis a distancia pero con una alta incidencia de recidiva local. Su tratamiento es eminentemente quirúrgico. Con respecto a las recurrencias, varios estudios han demostrado la superioridad de la cirugía de Mohs con respecto a la cirugía convencional con margen amplio. Presentamos nuestra serie de DFSP en un periodo de 12 años (2007-2019) tratados todos ellos mediante cirugía diferida de Mohs. Las ventajas de la cirugía de Mohs frente la escisión amplia incluyen la mayor preservación de tejido sano y el control estrecho de los márgenes. La realización de la "técnica en diferido" en lugar de la "técnica intraoperatoria" nos permite realizar técnicas de inmunohistoquímica para mejorar la sensibilidad y un mejor control del margen profundo. En total nuestra serie consta de 18 pacientes (12 mujeres y 6 varones) con rango de edad comprendido entre 29-80 años. Siete casos eran provenientes de otros servicios en los que se había realizado extirpación con márgenes afectos. La localización fue múltiples siendo la más frecuente la pectoral (22,2%). Hasta el momento actual (60 meses de media de seguimiento) no ha recidivado ninguno de los DFSP tratados. En conclusión, basándonos en nuestra experiencia y apoyados en que no ha recidivado ninguno de los tumores tratados, recomendamos el tratamiento del DFSP mediante la técnica de cirugía de Mohs en diferido.

P17. MICROINJERTOS EN SELLO COMO TRATAMIENTO DE ÚLCERA CRÓNICA TRAUMÁTICA EN MUJER JOVEN

C. Martínez Mera^a, R. Cabeza Martínez^{a,b}, L. Turrión Merino^a, L. Hernández Sánchez^b y R. Bonilla Sánchez^b

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción. Cuando una herida persiste más de 6 semanas se utiliza el término de úlcera o herida crónica. Su manejo inadecuado produce disminución en la calidad de vida del paciente y un gasto de recursos.

Caso clínico. Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, que desde hace 3 meses tras un accidente de tráfico, presenta una herida persistente en pierna izquierda. Ha sido valorada en 4 hospitales privados por distintos especialistas, se le han solicitado estudios de imágenes para descartar cuerpos extraños, cultivos de la herida y diferentes análisis de sangre, sin hallazgos relevantes de las pruebas solicitadas. En su manejo recibió pautas de curas de la herida junto a la prescripción de distintos antibióticos orales. Debido a la evolución recalcitrante de la herida se le plantea realizar un injerto de piel total, pero la paciente rechaza este tratamiento. Es derivada al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Tras valorar la herida de la paciente, se le propone tratamiento en la Unidad de Heridas Crónicas con microinjertos (MI) en sello dermoepidérmico de cara anterior de muslo izquierdo.

Discusión. La cicatrización es un proceso dinámico donde hay factores sistémicos y locales que van a determinar el curso de esta; cuando estos son adversos se produce una evolución tórpida. En las unidades hospitalarias de heridas crónicas el uso de MI como parte del manejo de úlceras es una herramienta conocida. Se trata de una técnica ambulatoria, bien tolerada por el paciente, con bajo riesgo quirúrgico y que ha demostrado ser de un procedimiento eficaz, tanto directamente reepitelizando el lecho como indirectamente induciendo una estimulación en el ambiente para la regeneración tisular. La zona donante suele corresponder a un área de piel sana, que tras la extracción de los MI cicatrizará por segunda intención. Aportamos la experiencia del uso de MI en sello dermoepidérmico en una úlcera traumática crónica en una paciente joven, donde se evitó una cirugía con mayor morbilidad y gasto de recursos, con excelente evolución de la herida y gran satisfacción por parte del paciente.

P18. APLICACIÓN DEL COLGAJO EN TIBURÓN EN LA REGIÓN INFRAORBITARIA EXTERNA

J. Navarro Pascual, J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Introducción. El colgajo en tiburón, descrito por primera vez por Cvancara y Wentzell en el año 2006, es un colgajo miocutáneo en isla que incluye un brazo superior rotado 90° en relación con el defecto quirúrgico, asemejándose a la aleta dorsal de este animal.

Caso clínico. El paciente era un varón de 76 años con una lesión maculopapulosa con costras, telangiectasias locales y borde perlado, de aproximadamente 25 mm con biopsia previa informada como carcinoma basocelular esclerodermiforme, ubicada en la región infraorbitaria externa derecha. Tras su escisión se talla el colgajo en isla con un brazo inferior acabado en ángulo agudo que se extendía hasta el ángulo mandibular, y un brazo superior de superficie redondeada sobre el proceso frontal cigomático, dejando el defecto quirúrgico entre ambos. A continuación, se procedió a suturar ambos brazos, previa rotación de 90° del brazo superior. Los resultados fueron buenos, sin alteración de la anatomía facial ni de la funcionalidad palpebral.

Discusión. Este tipo de colgajo presenta la ventaja poder ser llevado a cabo con anestesia local un solo tiempo, sin la necesidad de

asociar otras técnicas, como son el anclaje de suturas o los injertos. Si bien esta técnica fue diseñada para defectos situados en el ala nasal, aprovechando la redundancia que genera, nosotros presentamos un caso en el que se realizó una modificación del colgajo, aplicándolo en un defecto periorbitario con la finalidad de evitar la retracción del párpado inferior que sí ocurriría con un cierre directo o un colgajo en isla típico. En resumen, en este caso se modifica el trabajo descrito por el grupo de Cvancara, lo que permite usarlo en áreas distintas para las que inicialmente fue concebido, como es el caso de la región infraorbitaria externa.

P19. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HIDROSADENITIS SUPURATIVA

C. Ciudad Blanco^a, I. Capdevila^b, P. Duvojne Lindenbaum^c, I. Marín Jiménez^d y E. Fernández Cruz^e

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Plástica. ^cServicio de Cirugía General. ^dServicio de Aparato Digestivo. ^eServicio de Inmunología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica de la piel mediada por el sistema inmune con gran afectación de la calidad de vida del paciente. Además, los pacientes con HS asocian muchas comorbilidades. Es una enfermedad que requiere un manejo multidisciplinario por parte de diferentes especialistas médicos. El objetivo de este trabajo fue actualizar la fisiopatogenia, el diagnóstico y la clasificación de HS y establecer recomendaciones terapéuticas en este manejo multidisciplinario.

Métodos. Se organizó un grupo de trabajo compuesto por dermatólogos, cirujanos plásticos, proctólogos, inmunólogos, gastroenterólogos, reumatólogos y anestesiólogos del hospital Gregorio Marañón con experiencia en el tratamiento de HS. Cada especialista realizó una revisión del tema. Las recomendaciones fueron elaboradas por cada especialista en su tema y acordado con el resto del grupo.

Resultados. En este consenso se establecieron recomendaciones para el tratamiento de HS y medidas adyuvantes, incluyendo la indicación quirúrgica. La implantación del protocolo en el manejo de pacientes con HS en el hospital en el último año supuso una mejora en la atención de los pacientes y en el manejo de sus comorbilidades. Es necesario enfatizar la importancia de la coordinación entre el dermatólogo y el cirujano para establecer las indicaciones quirúrgicas y asegurar la continuidad de la atención al paciente.

Conclusiones. El objetivo del documento es guiar al equipo multidisciplinario hacia el tratamiento más apropiado de los pacientes con HS para optimizar los tratamientos, garantizar la continuidad de la atención y la detección precoz de las comorbilidades asociadas.

P20. DOBLE COLGAJO TRIANGULAR DE AVANCE DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO EN DEFECTOS DEL ÁNGULO NASOGENIANO. UNA SOLUCIÓN QUIRÚRGICA SENCILLA EN UNA ZONA COMPLICADA

J. Navas Ramírez, V. Marco Estevan y C. Hernández Ibáñez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Torrevieja. España.

La reparación de los defectos situados en la región del ángulo nasogeniano representa un desafío para el cirujano. Existen diversas técnicas por las que optar para el cierre de los defectos situados en estas áreas. En el caso de que el defecto abarque más de una región anatómica/área estético-funcional la elección puede complicarse aún más. El colgajo triangular de pedículo subcutáneo es una opción quirúrgica sencilla y segura en la cirugía dermatológica que nos proporciona resultados predecibles y refinados. Presentamos un

caso en el que se realizó un doble colgajo triangular de pedículo subcutáneo para cubrir un defecto quirúrgico tras extirpación tumoral en ángulo nasogeniano izquierdo con afectación de labio superior y mejilla. Con este colgajo obtuvimos un óptimo resultado estético con un movimiento limitado de los tejidos, preservando la funcionalidad y arquitectura de la región, conservando el pliegue melolabial. Pensamos que es una solución quirúrgica adecuada para defectos en esta localización que impliquen más de una unidad estético-funcional.

P21. TRATAMIENTO LÁSER EN HAILEY HAILEY. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C. Salas Márquez^a, J.P. Boixeda de Miguel^b, J. del Boz González^a, D. Rodríguez Barón^a, J. Martín Vera^a, M. Colmenero^a y M. de Troya Martín^a

^aÁrea de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. ^bServicio de Dermatología-Unidad de Láser. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Antecedentes y objetivo. La enfermedad de Hailey Hailey (HH) o péñigo crónico benigno familiar, es una rara dermatosis ampollosa con lesiones recurrentes con predilección por los pliegues cutáneos. Se debe a una mutación del gen ATP2C1 que implica la reducción de los niveles de calcio intracelular con un desarrollo deficiente de la adhesión en los queratinocitos con la subsecuente acantólisis. Para su tratamiento se emplean fármacos como corticoides, antibióticos, metotrexate o dapsona y técnicas quirúrgicas, especialmente en las lesiones recalcitrantes, como el láser de CO₂, YAG (erbium-doped yttrium aluminium garnet), diodo, de luz pulsada u otras como radiofrecuencia, terapia fotodinámica, toxina botulínica o dermoabrasión. El láser CO₂ induce la destrucción y fibrosis en dermis papilar permitiendo la destrucción de los queratinocitos mutados. Láser vascular (PDL) es seguro y no causa daño a largo plazo siendo el punto óptimo de tratamiento la purpura. Como objetivo de nuestro estudio nos planteamos la evaluación de la respuesta clínica objetiva y subjetiva de los pacientes tratados con las diferentes técnicas de láser en el Hospital Ramón y Cajal y la revisión de la literatura.

Métodos. Revisión de los pacientes con HH tratados con láser en el Hospital Ramón y Cajal desde 2011 hasta 2019. Se revisaron las historias clínicas y se contactó telefónicamente para valoración subjetiva por parte del paciente, calificándose de 1 a 5 (siendo 1 ninguna respuesta y 5 respuesta completa) la flexibilidad, exudado, mal olor y evaluación global.

Resultados. Se reclutaron 7 pacientes, 2 tratados con CO₂, 1 con láser vascular (PDL) y con combinaciones de ambos o de manera secuencial 4 pacientes (PDL + CO₂). Las respuestas recogidas en las historias clínicas reflejan una mejoría del 71%, ligeramente menor a lo descrito en la literatura, siendo inferior la valoración subjetiva por parte de los pacientes.

Conclusiones. Presentamos una serie de 7 pacientes con enfermedad de HH tratados con láser CO₂ y/o PDL, con respuesta clínica objetiva satisfactoria, siendo más limitada la respuesta en la valoración subjetiva de los pacientes. Debido al impacto sociolaboral de la enfermedad, el láser sería una de las opciones a valorar en los pacientes resistentes a otros tratamientos.

P22. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN LABIO SUPERIOR MEDIANTE COLGAJO EN ISLA. SERIE DE 27 PACIENTES

A. Sánchez-Gilo, D. Caro Gutiérrez, L. Ascanio Armada, M. Gutiérrez Pascual y F. J. Vicente Martín

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

Antecedentes y objetivos. El colgajo de pedículo subcutáneo o colgajo en isla es una excelente opción en la reconstrucción de defectos quirúrgicos en el labio superior. Esta plastia mantiene la funcionalidad con buenos resultados estéticos. Por ello, este tipo de colgajo es ampliamente usado en el ámbito de la cirugía dermatológica para reconstrucción de defectos en numerosas áreas anatómicas, sobre todo cuando se trata de reconstruir defectos quirúrgicos en labio superior. Describimos las características clínico-patológicas de 27 pacientes intervenidos de tumores en labio superior, cuya reconstrucción se realizó mediante colgajo en isla, demostrando que se trata de una opción excelente para reconstruir defectos quirúrgicos en esta localización.

Métodos. Se describen las características clínico-patológicas de 27 pacientes intervenidos de tumores en labio superior, cuya reconstrucción se realizó mediante colgajo en isla.

Resultados. En nuestra serie de 27 pacientes, tenemos un 60% de mujeres y un 40% de hombres. La mayoría de tumores son carcinomas basocelulares. Algunos de ellos fueron intervenidos mediante cirugía micrográfica de Mohs.

Conclusiones. Se demuestra que el colgajo en isla es una opción excelente en reconstrucciones de defectos quirúrgicos en labio superior, debido al mantenimiento de la funcionalidad con buenos resultados estéticos.

P23. FIBROMA TIPO NUCAL, UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO Y LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

N. Rodríguez Garijo^a, A. Tomás Velázquez^a, Á. Estenaga Pérez de Albéniz^a, J. Antoñanzas Pérez^a, P. Redondeo Bellón^{a,b}, L. García Tobar^c, M.Á. Idoate Gastearena^c y F.J. García Martínez^b

^aServicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. ^bServicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid y ^cAnatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes y objetivos. El fibroma nocal es una neoplasia benigna dermohipodérmica infrecuente que suele localizarse en la región posterior del cuello y se presenta como una lesión subcutánea extensa mal delimitada. Hasta un tercio de las lesiones pueden presentarse en hombros, espalda o raramente en área facial, adquiriendo el nombre de fibroma tipo nocal. Se han descrito casos asociados a síndrome de Gardner. El objetivo de este trabajo es demostrar la utilidad de la ecografía cutánea para el estudio preoperatorio del fibroma tipo nocal, su planificación quirúrgica y la valoración de la indicación de cirugía micrográfica de Mohs.

Métodos. Se presenta el caso de un varón de 24 años con una lesión subcutánea nodular de 2 cm de diámetro, adherida a planos profundos y de bordes mal delimitados, localizada en región supraciliar derecha, de unos 2 años de evolución. La lesión había sido intervenida previamente con diagnóstico de fibroma tipo nocal. El paciente refería recidiva precoz y rápido crecimiento de la lesión tras esta intervención. Se realizó estudio que descartó síndrome de Gardner asociado. La ecografía cutánea mostró una lesión hipoecoica de límites mal definidos que se expandía por debajo del tejido celular subcutáneo sin infiltrar el plano óseo. Con estos hallazgos se decidió exéresis quirúrgica mediante cirugía controlada al microscopio. **Resultados.** Se ilustra mediante iconografía seriada la lesión clínica, histológica y ecográfica, el defecto quirúrgico, los distintos pasos de la reconstrucción y el resultado final.

Conclusiones. El fibroma tipo nocal es un tumor benigno infrecuente que por su crecimiento rápido y expansivo puede producir grandes deformaciones. La ecografía cutánea aporta información relevante para caracterizar este tipo de lesiones y planificar la técnica quirúrgica más idónea.

P24. COLGAJO AT EN DORSO NASAL CON TRIÁNGULOS DE DESCARGA EN PUNTA NASAL

T.A. Hernández Gómez, J. Cruañes Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, J. Ruiz Martínez y E. Cutillas Marco

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

El colgajo en AT es un colgajo de deslizamiento doble en el que el defecto se adapta a una forma triangular, dando como resultado una cicatriz en T invertida tras cerrar el mismo con dos colgajos por deslizamiento laterales. Presentamos un caso clínico en el que usamos este tipo de colgajo para reparar un defecto en dorso nasal, incluyendo una pequeña modificación que mejora el resultado visual final al disminuir la prominencia de la punta nasal con respecto al dorso. **Caso clínico.** Varón de 75 años que consulta por tumoración en dorso nasal de años de evolución. A la exploración física, se aprecia tumor redondeado ulcerado de bordes perlados, de 2,5 cm de diámetro, clínicamente compatible con carcinoma basocelular. Se realiza la extirpación del mismo con márgenes, quedando un defecto circular, sobre el que se diseña un colgajo en AT; para ello, se dibujan un triángulo en la zona superior del defecto y dos colgajos de deslizamiento que, partiendo de la base del defecto, se extienden lateralmente a lo largo del borde superior de ambas alas nasales. Hay ocasiones en las que es preciso realizar dos pequeños triángulos de descarga en los extremos de la rama horizontal, pero en nuestro caso, tras disecar y despegar cuidadosamente los tejidos, no resulta necesario. No obstante, se aprecia una clara desproporción entre el dorso y la punta nasal del paciente, por lo que se decide extirpar dos cuñas de tejido a ambos lados de la punta nasal, que ayudan a mejorar el resultado estético final.

Discusión. El colgajo en AT clásicamente se realiza en la frente, la región superciliar o el mentón, pero es una buena alternativa cuando la lesión está próxima a algún pliegue o unidad anatómica que no se quiera atravesar, como el borde del bermellón o, en este caso, la unión del dorso con la punta nasal. Consideramos además que la realización de dos triángulos de Burrow a ambos lados de la punta nasal, en su unión con la base del colgajo, puede ayudar a obtener un mejor resultado estético cuando exista una desproporción entre el dorso y la punta nasal.

P25. RECORDANDO UN CLÁSICO: COLGAJO BILOBULADO PARA RECONSTRUCCIÓN NASAL SEGÚN SU DISEÑO ORIGINAL. NUESTRA EXPERIENCIA

P. Díaz Morales, S. Herrera Rodríguez, Á.M. García Miñarro, P. Valerón Almazán y G. Carretero Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Antecedentes y objetivos. La primera indicación del colgajo bilobulado es la reconstrucción de defectos en el tercio inferior nasal. Se trata de un colgajo de doble transposición y su diseño original se atribuye a Esser, en el que el movimiento total del colgajo era de 180°, con 90° entre los 2 lóbulos. Posteriormente se han descrito diversas modificaciones que conllevan una disminución del ángulo de desplazamiento para evitar deformidades en bisagra en los puntos de rotación. El objetivo es presentar nuestra experiencia empleando colgajos bilobulados según el diseño original.

Métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva en los registros médicos de nuestro hospital entre los años 2015-2019. Se incluyeron un total de 9 pacientes con carcinomas de mediano tamaño en el tercio inferior nasal y que fueran reconstruidos mediante colgajo bilobulado según el diseño de Esser.

Resultados. El 77,5% de los pacientes eran varones con una edad media de 76 años. El carcinoma basocelular fue el tumor extirpado en el 78% de los casos. El tamaño tumoral estuvo entre 1,5 y 2 cm de diámetro mayor. Tres pacientes asociaban afectación del borde libre

nasal. El colgajo bilobulado permitió el cierre del defecto y de las áreas dadoras sin tensión. En 6 pacientes el movimiento total del colgajo fue de 180° y en 3 de 160°. En 2 casos se produjo dehiscencia de la zona distal del primer lóbulo, cerrando por segunda intención sin implicaciones estéticas. En 2 pacientes se formó oreja de perro a nivel del punto de rotación del primer lóbulo, sin embargo a los 6 meses ninguno presentó oreja y tampoco requirieron retoques. En 2 casos se produjo una retracción alar leve, que coincidió con aquellos que presentaban afectación del borde libre nasal. En el resto de pacientes se produjo un buen resultado estético y funcional.

Conclusiones. Consideramos el colgajo bilobulado en su diseño original una buena técnica para la reparación de defectos nasales de mediano tamaño, pues permite mayor movilización de tejido. No observamos deformidades en bisagra relevantes, clásicamente asociadas a este diseño. Defectos que se extienden sobre el borde libre nasal generalmente no son favorables para este tipo de reparación.

P26. UTILIDAD DE LA ESCISIÓN EN CUÑA DE PLIEGUE PERIUNGUEAL COMO TÉCNICA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE ONICOCRIPTOSIS

D. Rodríguez Barón, C. García Harana, N. Blázquez Sánchez, C. Salas Márquez, J. Martín Vera y M. de Troya Martín

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

Antecedentes y objetivo. La onicocriptosis (OC) es una patología ungueal común, que afecta principalmente a adultos jóvenes. El tratamiento quirúrgico mediante matricectomía asocia ocasionalmente complicaciones. El empleo de técnicas quirúrgicas alternativas, como la reducción de tejidos blandos del hallux, puede suponer una alternativa eficaz con menor riesgo de complicaciones. Presentamos nuestra serie de casos tratados mediante escisión en cuña de pliegue redundante periungueal conservando lámina ungueal, teniendo como objetivo valorar efectividad y tolerabilidad de la técnica.

Métodos. Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes que presentaron OC, con tratamiento quirúrgico mediante escisión en cuña de pliegue periungueal. Los pacientes fueron revisados a los 7 días y a los 30 días de la intervención y evaluados respecto a 4 variables: dolor, inflamación, infección y satisfacción para/con la técnica.

Resultados. Se intervinieron 8 pacientes con una edad media de 35 años. En todos los casos el dedo comprometido fue el hallux, excepto en un caso que fue el segundo dedo. A la semana, la mediana de dolor en la escala EVA fue de 3; el 75% de los pacientes presentaban únicamente una inflamación leve y solo uno de los casos presentó signos de infección. Al mes, ninguno de los pacientes presentaba dolor y únicamente en un caso existía inflamación moderada y signos de infección. En el 87,5% de los casos tratados se restableció la morfología normal de la uña y desaparecieron los síntomas ocasionados por la OC. El grado de satisfacción de la técnica fue bueno/muy bueno en el 87,5% de los pacientes.

Conclusión. Consideramos que la técnica de escisión en cuña de pliegue periungueal redundante puede ser de utilidad para el tratamiento de la OC escasamente invasiva y asociada a baja tasa de complicaciones. No obstante, son necesarios futuros estudios para determinar el porcentaje de recurrencias asociadas a esta técnica.

P27. UNA ALTERNATIVA EFICIENTE AL COLGAJO FRONTAL PARAMEDIANO

C. Abril-Pérez, I. Torres-Navarro, J. Sánchez-Arráez, B. Escutia-Muñoz y R. Botella-Estrada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

La reconstrucción de defectos complejos del ala nasal puede suponer un reto en algunos casos tras la cirugía oncológica de tumores cutáneos. Existen diversas opciones reconstructivas y cuando se trata de

defectos de espesor total, se suele utilizar el colgajo frontal paramediano. En el presente trabajo ofrecemos una alternativa exitosa a dicho colgajo. Exponemos el caso de un varón de 67 años que presenta una lesión sugerente de carcinoma escamocelular en ala nasal derecha ($4 \times 2,3$ cm) y cuatro lesiones sugerentes de carcinoma basocelular en canto izquierdo de columela nasal ($1,5 \times 1,5$ cm), en punta nasal ($0,6 \times 0,4$ cm), en párpado inferior derecho ($2,5 \times 0,9$ cm) y en canto interno del ojo derecho ($1,5 \times 1$ cm). Para la extirpación se decidió realizar cirugía de Mohs sobre la lesión del canto interno del ojo y cirugía convencional sobre las cuatro restantes. Tras dos etapas en la cirugía de Mohs y con la extirpación simple en las restantes, se procedió a cerrar los defectos periorbitarios con injerto de piel autóloga, mientras que el defecto en ala nasal derecha y columela nasal fueron reparados con una trasposición digitiforme de mejilla. En contraposición al comúnmente utilizado colgajo frontal paramediano, la trasposición de mejilla resulta en un ahorro de tiempos quirúrgicos al únicamente progresar a un segundo tiempo si se pretende recuperar el surco nasogeniano y conseguir un resultado estético de mayor calidad. Es necesario sobrepasar la zona cruenta con la piel traspuesta para replegar el extremo y reconstruir el ala nasal perdida.

P28. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL ALA NASAL: UN GRAN RETO EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

S. Herrera Rodríguez, P. Díaz Morales, Á. García Miñarro, N. Naranjo Guerrero, J. Vilar Alejo, P. Valerón Almazán, A.J. Gómez Duaso, C. Medina Gil, E. Castro González y G. Carretero Hernández

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. La nariz es una de las áreas anatómicas más complejas desde el punto de vista quirúrgico. En cirugía oncológica, también la simetría y preservación de la funcionalidad tienen que ser tenidos en cuenta antes de la reconstrucción en la medida de lo posible. El ala nasal es una de las subunidades anatómicas que la componen, suponiendo su reconstrucción un gran reto dada la facilidad para ser distorsionada.

Material y métodos. Se presentan varias alternativas quirúrgicas con iconografía que muestra resultados a medio-largo plazo. También se realiza un breve resumen de la técnica.

Resultados. Todos los procedimientos expuestos fueron realizados para dar cobertura a defectos ocasionados tras cirugía oncológica. Desde el punto de vista pronóstico, todos las lesiones fueron extirpadas con márgenes libres. Los colgajos locales más empleados en nuestro servicio para la reconstrucción de esta subunidad anatómica fueron de rotación y de transposición. Los resultados estéticos fueron aceptables en todos los casos presentados, con adecuado mantenimiento de la funcionalidad.

Discusión. Desde el punto de vista técnico, hay varias alternativas consideradas de baja complejidad como son el cierre directo, cierre por segunda intención o injertos cutáneos, no obstante, debido a la poca movilidad de la piel a este nivel, así como la predisposición del ala nasal a elevarse, la reconstrucción del ala nasal supone un reto quirúrgico que frecuentemente precisa la realización de colgajos locales. La elección de la técnica de cobertura debe adecuarse a cada defecto para lograr un buen resultado funcional y estético.

P29. HIDRADENITIS EN REGIÓN ÚNICA. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

A. Fernández Bernaldez^a, A. Reymundo Jiménez-Laiglesia^a, R. Navarro Tejedor^a, M.T. Pérez de la Fuente^b y Y. Delgado Jiménez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía General. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa es una enfermedad que afecta a las regiones con mayor número de glándulas apocrinas y se caracteriza por aparición de nódulos y abscesos en estadios iniciales, y trayectos fistulosos y cicatrices en estadios avanzados.

Caso clínico. Varón de 30 años que acude derivado a nuestro servicio por un cuadro de un año de evolución de nódulos supurativos en glúteo derecho. Se realizó biopsia ojal cutánea que confirmó el hidradenitis supurativa. En la ecografía se apreciaron trayectos fistulosos en dermis profunda y tejido celular subcutáneo y en la RM se identificó un trayecto fistuloso en cara posterior del margen anal transesfinteriano complejo, con actividad inflamatoria aguda. Pautamos múltiples tratamientos antibióticos (amoxicilina-clavulánico, rifampicina + clindamicina, cefuroxima, levofloxacino, oxitetraciclina, daptomicina y piperacilina-tazobactam) con nula respuesta terapéutica. Se realizó también tratamiento con corticoides orales, hasta 45 mg diarios de prednisona, con mejoría inicial pero fracaso secundario; y adalimumab, suspendido por un cuadro febril atribuido a sobreinfección polimicrobiana con participación de *Actinomyces* que requirió ingreso y tratamiento antibiótico intravenoso. Finalmente, se realizó escisión local amplia y reconstrucción posterior mediante injerto laminar de piel tomada de la cara posterior del muslo. A los tres meses de la intervención quirúrgica el paciente se encuentra libre de lesiones.

Discusión. En la hidradenitis en región perianal las fistulas suelen originarse en el canal anal distal a la línea dentada, que es donde se encuentra la mayor concentración de glándulas apocrinas. Por este motivo suelen ser superficiales a los músculos esfinterianos. La identificación y tratamiento de los trayectos fistulosos en estadios iniciales disminuye las recurrencias y evita la progresión de la enfermedad y la afectación del esfínter anal. En estadios avanzados se recomienda la escisión local amplia, ya que presenta menores tasas de recidiva que otras técnicas quirúrgicas. Asimismo, se han observado diferencias en la recidiva según la técnica reconstructiva empleada, siendo el injerto la que mejores respuestas obtiene. Presentamos el caso de un varón de 30 años con hidradenitis unilateral en el glúteo refractaria al tratamiento médico, con ausencia de recidiva tras escisión local amplia e injerto.

P30. SERIE DE CASOS DE COLGAJO DE AVANCE DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO EN CIRUGÍA DE MOHS

M. Vela Ganuza, J. Martín Alcalde, C. Sarró Fuente, R. Miñano Medrano y J.L. López Esteban

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. España.

Antecedentes y objetivos. Se presenta una serie de casos en los que se emplea el colgajo de pedículo subcutáneo para la reconstrucción del defecto en cirugía de Mohs. Con ello se pretende analizar la localización, características tumorales, resultado quirúrgico y complicaciones.

Métodos. Se revisan las intervenciones mediante cirugía de Mohs realizadas en el servicio de dermatología de nuestro centro, desde 2014 hasta completar 2017; y de ellas se seleccionan aquellas en cuya reconstrucción del defecto se haya utilizado un colgajo de avance de pedículo subcutáneo. Se emplean recogidos para el Registro Español de Cirugía de Mohs y datos registrados en la historia clínica electrónica sobre dichas intervenciones, tumor, datos sobre la cirugía, complicaciones, etc.

Resultados. En ese lapso de tiempo, para la reconstrucción de defectos de cirugía de Mohs en nuestro servicio, se empleó el colgajo de avance de pedículo subcutáneo en 16 intervenciones, de un total de 361. Las localizaciones preferidas para el empleo de esta técnica fueron punta nasal, labio superior y mejilla. Apenas se registraron complicaciones tempranas (infección, sangrado, necrosis) y no se observaron complicaciones tardías (cicatriz hipertrófica, efecto

en trampa ni alteraciones funcionales). En todos los casos, el tumor extirpado había sido un epiteloma basocelular.

Conclusiones. El colgajo de avance de pedículo subcutáneo es una plastia de avance sin componente cutáneo unido al pedículo. El pedículo consiste solamente en el tejido celular subcutáneo, en ocasiones puede incorporar el tejido muscular que se encuentra debajo de la piel. El movimiento de avance depende exclusivamente del deslizamiento de su pedículo subcutáneo, por ello es fácilmente desplazable en áreas donde existe abundante tejido celular subcutáneo. Presentamos una serie de casos de defectos cutáneos reconstruidos mediante plastias de pedículo subcutáneo tras una cirugía de Mohs. Ya de por sí, el tipo de cirugía condiciona en gran medida la localización del defecto y las características. Pretendemos resumir las características de dichas reconstrucciones en nuestra serie y recalcar que se trata de una opción quirúrgica reconstructiva segura, de fácil ejecución, y por lo general con pocas complicaciones y buen resultado estético-funcional.

Oncología

P31. CARCINOMA EPIDERMÓIDE PALPEBRAL DE ASPECTO ECCEMATOSO. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO CORRECTO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

E. Sánchez Gómez-Aparici, D. Vega Díez, A. Rodríguez-Villa Lario y L. Trasobares Marugán

Servicio de Dermatología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Antecedentes. El carcinoma epidermoide palpebral es una entidad infrecuente, supone el 5% de todos los tumores palpebrales y, en ocasiones, simula patología eczematososa crónica.

Método. Presentamos 3 pacientes con lesiones eritematodescarnativas en párpados superiores, seguidas en nuestro servicio, incidiendo en la dificultad diagnóstica de sus lesiones, que implicó varias biopsias en cada caso, el problema terapéutico que plantearon, las opciones de tratamiento y los resultados obtenidos.

Conclusiones. Además de las opciones actuales de tratamiento para los carcinomas epidermoides de párpado, se incide en la importancia de un correcto diagnóstico y seguimiento en el manejo de este tipo de lesiones.

P32. UN ARCOIRIS EN LA DERMATOSCOPIA, UN SIGNO DE ALERTA

A.M. Palma Ruiz^a, P. Cerro Muñoz^a, A. Navarro Bielsa^a, N. Porta Aznarez^a, A. Morales Callhagan^a, M. Sánchez Hernández^a, E. Simal Gil^a, C. Yus Gotor^b e Y. Gilaberte Calzada^a

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

Introducción. El sarcoma de Kaposi es una neoplasia localizada o multisistémica de células endoteliales vinculado a la infección del herpes virus humano tipo 8. Es la neoplasia más frecuente en pacientes con infección VIH, sobre todo en homosexuales. Sin embargo, desde principios de los años 90 se ha observado una disminución drástica en la incidencia, coincidente con el desarrollo del tratamiento antirretroviral.

Caso clínico. Se presenta el caso de una varón de 48 años natural de España, con los antecedentes patológicos de: VIH+ desde 1997 estadio C1, en tratamiento con terapia antirretroviral con estavudina, lamivudina y didanosina, trastorno de la personalidad, pancreatitis agudas recidivantes, lipopatía, esteatosis hepática,

EPOC. Alérgico a la penicilina. Durante una revisión rutinaria, el paciente refiere la aparición de una lesión que le ha aumentado de tamaño progresivamente en los últimos meses. *Inspección:* papulonodulo, pardusco violáceo de 3 x 3 cm. *Exploraciones complementarias:* Se revisa la última analítica practicada al paciente: leucocitos: 7.000, Hb: 14, Ht: 41, plaquetas: 247.000, VSG:10, linfocitos CD4: 670 (28,9%); (en el momento del diagnóstico CD4: 350; glucosa: 103, creatinina: 1,2, GRF-CKD EPI: 71 ml/min, albumina: 4,4; GGT: 22, GOT: 20, GPT: 13, carga viral indetectable. Rx tórax: normal y bodyTC normal sin compromiso de órganos a distancia. *Anatomía patológica:* células fusiformes en láminas y fascículos con atipia citológica, moderada, necrosis de células aisladas eritrocitos embebidos en una red extensa de espacios vasculares, sugestivo de sarcoma de Kaposi El paciente ha continuado con la terapia antirretroviral, añadiéndose ocho ciclos de quimioterapia sistémica con doxorubicina liposomal.

Discusión. El sarcoma de Kaposi clásico responde bien a la radioterapia, el sarcoma de Kaposi endémico africano responde a la quimioterapia sistémica cuando es sintomático, el inducido por terapia inmunosupresora sufre regresión o se resuelve cuando se reducen las dosificaciones de los fármacos o se suspenden. El sarcoma de Kaposi asociado a VIH puede responder a terapia local, si afectación mucocutánea difusa o visceral está indicada la inmunoterapia. Entre los múltiples agentes utilizados, la adriamicina liposomal y el paclitaxel son considerados los agentes más activos. En dos estudios fase III la adriamicina liposomal demostró un mayor índice.

P33. CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL MULTICÉNTRICO EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE LUPUS CUTÁNEO

A. Crespo Cruz^a, I. García Morales^a, H.D. Cely Rodríguez^b y J. Escudero^a

^aUGC de Dermatología. ^bUnidad de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

Presentamos un paciente de 46 años sin antecedentes de interés con placa de varios años de evolución localizada en superficie lateral del cuello y retroauricular. Había sido diagnosticado de lupus cutáneo pero no aportaba biopsia. La placa había presentado un crecimiento progresivo sin mejoría a pesar de tratamientos con hidrocicloroquina y corticoterapia, alcanzando 20 cm de diámetro, por lo que acude a nuestras consultas. Se realiza biopsia que informa de la presencia de un carcinoma basocelular superficial multicéntrico con reacción inflamatoria crónica y abundantes células plasmáticas. El paciente recibe varias sesiones de terapia fotodinámica, así como la extirpación de un islote de tumoración. El carcinoma basocelular superficial multicéntrico suele presentarse en forma de placas de coloración rojiza, con telangiectasias y, a veces, descamación. El diagnóstico diferencial clínico incluye patologías inflamatorias como la psoriasis, dermatitis o lupus cutáneo.

P34. UTILIZACIÓN DE VISMODEGIB NEOADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE UN CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO EN LA PARED ABDOMINAL

L. Turrión-Merino^a, G. Roustan Gullón^a, R. Cabeza^a y J.R. Castelló Fortet^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Introducción. En nuestra sociedad los carcinomas basocelulares localmente avanzados son extremadamente raros, pero cuando ocurren el tratamiento es complejo y en ocasiones multidisciplinar. En los últimos años han aparecido dentro del arsenal terapéutico los inhibidores de la vía del Hedgehog.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 61 años, con una tumoración de más de 10 cm de tamaño en la pared abdominal de más de 20 años de evolución. Se realizó una biopsia cutánea diagnóstica de carcinoma basocelular infiltrativo. Se solicitó un estudio de extensión con TAC toracoabdominopélvica sin encontrarse afectación regional ni a distancia y una RM de la pared abdominal donde se objetivaba afectación de la musculatura abdominal. Se inició tratamiento con vismodegib a dosis de 150 mg al día que la paciente tomó durante 3 meses con muy buena respuesta. A los 3 meses del inicio del tratamiento se suspendió la medicación por una hiperpotasemia progresiva que no respondía a tratamientos convencionales. Un mes tras la suspensión del tratamiento se objetivó la persistencia de varios focos de carcinoma basocelular por lo que fue operada, encontrándose en la pieza tumoral persistencia de 2 focos de carcinoma basocelular de menos de 2 cm de tamaño.

Discusión. Está establecido que el tratamiento neoadyuvante con vismodegib durante una media de 4 meses (3-6 meses) antes de la cirugía reduce la superficie tumoral y el tamaño del defecto quirúrgico. En nuestro caso el tratamiento con vismodegib durante 3 meses redujo visiblemente el área tumoral, facilitando la cirugía posterior. Respecto al perfil de seguridad del fármaco, los efectos adversos son frecuentes aunque la mayoría son de intensidad leve. No hemos encontrado en la literatura la hiperpotasemia como evento adverso recogido en la ficha técnica del fármaco, aunque la hiperpotasemia por lisis tumoral es frecuente tras el tratamiento de otros tipos de neoplasias con alto nivel proliferativo y muy sensibles al tratamiento.

Conclusiones. La utilización de vismodegib y otros inhibidores de la vía Hedgehog como neoadyuvancia previa a la cirugía es una opción adecuada para aquellos pacientes en los que la cirugía inicial sería muy agresiva o mutilante.

P35. BRENTUXIMAB Y LINFOMA CUTÁNEO T: EXPERIENCIA EN 6 CASOS

M. Daño García, M. Morillo Andújar, J.A. Lebrón Martín, L. Rodríguez Fernández-Freire y J. Conejo-Mir

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. Los linfomas cutáneos de células T (LCCT) son un grupo heterogéneo de enfermedades con buen pronóstico en general, aunque existe un porcentaje de pacientes que van a evolucionar a estadios avanzados, con menor supervivencia y con opciones terapéuticas más limitadas. Es en estos pacientes en los que brentuximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD30, aporta una nueva posibilidad terapéutica. Está aprobado desde el 2018 para el tratamiento de los LCCT CD30+ basándose en los buenos resultados del ensayo clínico ALCANZA, en el que se comparó la eficacia del brentuximab frente al tratamiento estándar en pacientes con esta patología. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es reunir a los pacientes con LCCT en tratamiento con brentuximab.

Métodos. Se incluyeron los pacientes de la Unidad de Linfomas Cutáneos con LCCT en tratamiento con brentuximab y se recogieron variables clínicas, evolución de la enfermedad, tratamientos previos, estadio, número de ciclos y dosis, respuesta, evolución y efectos secundarios.

Resultados. Se recogieron 6 pacientes, 3 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 52 años. Tres presentaban una MF con transformación a célula grande CD30+, 2 LACG cutáneo con afectación sistémica y 1 un proceso híbrido entre papulosis linfomatoide y pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 9 años y la media de tratamientos previos realizados fue de 5. Antes de iniciar el tratamiento con brentuximab, todos los pacientes presentaban un estadio II. En todos se pautaron 1,8 mg/kg/21días, finalizando 2 de los casos los 16

ciclos de tratamiento con respuesta completa (RC), aunque con recidiva al finalizar en uno de ellos con reintroducción del tratamiento como terapia puente a trasplante. Dos se encuentran en tratamiento, uno con RC y otro con respuesta parcial (RP). En los otros 2 se suspendió por RP, falleciendo uno poco después y alcanzándose respuesta casi completa en el otro con QT. Cuatro han presentado una neuropatía periférica controlada con una bajada de dosis a 1,2 mg/kg en 3 de ellos.

Conclusiones. Presentamos una serie de 6 casos de LCCT CD30+ tratados con brentuximab. Parece un tratamiento eficaz con un aceptable perfil de seguridad que debemos tener presente como opción terapéutica en casos complejos con presencia e incluso ausencia de CD30. No obstante, quedan muchos aspectos por resolver (optimización dosis, número de ciclos, combinación).

P36. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO INDIFERENCIADO A PARTIR DE UN CASO

A. Gómez-Zubiaur^a, J. Sánchez-Martin^b, A. Blasco-Martínez^c, A. Perera^d, P. Benito-Duque^b y L. Trasobares-Marugán^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid, ^bServicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica. ^dServicio de Traumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción. El término sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) pretende acotar el espectro del sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI), y establecer una diferenciación respecto al fibroxantoma atípico (FXA). Presentamos un caso representativo de este tumor, detallando su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico. Una mujer de 28 años de edad, sin antecedentes personales relevantes, consultó por una lesión pretibial derecha con crecimiento progresivo desde hacía un año, de consistencia pétreo y adherida a planos profundos, cubierta por piel normal. Se realizó una ecografía con sonda de 22 Mhz en la que se describió una tumoración en dermis y tejido celular subcutáneo bien delimitada hipocogénica y heterogénea con doppler positivo en periferia, que comprimía plano muscular y respetaba hueso. La RMN confirmó los hallazgos ecográficos, sin plano de separación de la masa de 18 × 7 × 18 mm respecto a la fascia muscular superficial pero sin cambios de señal en el músculo tibial anterior. La biopsia cutánea orientó el diagnóstico de sarcoma de alto grado. Se remitió a la paciente a traumatología para exéresis con márgenes de la lesión, llegando hasta exposición de músculo tibial anterior y de tercio medio de tibia según la zona. El estudio de la pieza quirúrgica permitió confirmar el diagnóstico de SPI, tipo SPD con relación a su origen, con inmunohistoquímica positiva para actina muscular y BCL-2. Los estudios de extensión (gammagrafía ósea y TAC toracoabdominopélvica) fueron negativos y los márgenes de resección libres de afectación tumoral por lo que no se administró terapia coadyuvante. Se realizó una reconstrucción con colgajo libre anteromedial de muslo por Cirugía Plástica.

Discusión. El SPD es un SPI que se inicia en dermis pero con mayor capacidad de invadir estructuras profundas y datos pronósticos histológicos, así como de recidivas y metástasis notablemente peores al FXA. Se presenta como una masa pétreo asintomática con crecimiento progresivo, con mayor frecuencia en extremidades y en décadas avanzadas de la vida. El diagnóstico es histológico y de exclusión. El tratamiento principal es quirúrgico, con márgenes de al menos 2 cm y la cirugía de Mohs se postula como la técnica idónea para preservar tejido sano y evitar recidivas.

Conclusión. El dermatólogo debe adquirir un papel central tanto en el diagnóstico como en el tratamiento local quirúrgico del SPD.

P37. TUMOR GLÓMICO DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO EN ANTEBRAZO: UN TUMOR INFRECIENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

M. Rogel Vence^a, M. Carmona Rodríguez^a, L. González Ruiz^a, L. Gómez Sánchez^b y J.L. Santiago Sánchez-Mateos^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Ciudad Real. España.

Los tumores glómicos son neoformaciones que derivan del cuerpo glómico mioarterial. Su localización más frecuente son las extremidades distales, en especial el lecho subungueal. Se trata de tumores relativamente frecuentes, de carácter benigno y crecimiento lento. Sin embargo, los tumores glómicos malignos o glomangiosarcomas son raros e infrecuentes. Presentamos el caso de una mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, que acudió a nuestras consultas por una lesión papulosa, eritematorrojiza, localizada en antebrazo derecho de siete meses de evolución. La paciente refería dolor paroxístico en la zona de la lesión. Se realizó biopsia extirpación que confirmó la existencia de un tumor glómico de potencial maligno incierto. La paciente fue sometida a ampliación de márgenes y estudio de extensión que resultó normal. Actualmente se encuentra en revisiones periódicas sin recidivas locales o metástasis a distancia. Aunque la gran mayoría de los tumores glómicos son benignos, algunos presentan características atípicas o francamente malignas. Se trata de tumores poco frecuentes, agresivos localmente, con recurrencias locales múltiples y que rara vez metastatizan. Se considera tumor glómico de potencial maligno incierto todo aquel que no cumple con criterios suficientes para considerarse glomangiosarcoma, pero que presenta gran actividad mitótica o se localiza profundamente. Dados los escasos casos descritos en la literatura, no está clara la actitud terapéutica a seguir, si bien es recomendable una extirpación amplia y un adecuado seguimiento ante la posibilidad de recurrencias locales.

P38. MENINGOENCEFALITIS CRÓNICA CON LESIONES ESCLERODERMIFORMES SECUNDARIAS A ENTEROVIRUS EN PACIENTE TRATADA CON RITUXIMAB

M. Mir Bonafé^a, J. Aubán Pariente^a, B. Gómez Vila^a, B. Vivanco Allende^b y Y. Hidalgo García^a

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

Introducción. El uso de los anticuerpos anti-CD20 se ha generalizado en el tratamiento de diversas enfermedades hematológicas y autoinmunes debido a su buen perfil de eficacia y seguridad. No obstante, estos agentes aumentan el riesgo de infecciones inusuales, que pueden presentarse con clínica atípica.

Caso clínico. Mujer de 44 años, con antecedentes de linfoma folicular estadio IV en 2015 con respuesta completa al tratamiento quimioterápico con posterior mantenimiento con rituximab. En junio de 2017 presenta meningitis linfocitaria por enterovirus, presentando mejoría en unas semanas. En julio de 2018 ingresa por cuadro de fiebre, cofosis bilateral y hemihipoestesia izda. Se acompaña de endurecimiento leñoso de la piel de las extremidades. En los estudios realizados se descarta recidiva tumoral, hallándose repetidamente un enterovirus en LCR. Solicitan consulta a Dermatología, que con la impresión clínica de fascitis eosinofílica, realiza una biopsia incluyendo tejido muscular, siendo compatible con una miofascitis de predominio linfocitario. Ante estos hallazgos, se llega al diagnóstico de meningitis, miofascitis y cofosis causado por infección crónica por enterovirus en paciente con inmunodeficiencia inducida por rituximab. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas a dosis estándar durante 6 meses. La paciente experimenta importante mejoría neurológica, persistiendo sordera neurosensorial bilateral, por lo que recientemente se le ha hecho un implante coclear. A nivel cutáneo, observamos una reducción significativa del endurecimiento cutáneo generalizado de forma predominante en las extremidades

superiores. A los 18 meses la población de linfocitos B se ha recuperado, persistiendo hipogammaglobulinemia.

Discusión. Se han descrito formas diseminadas de infección por enterovirus en pacientes con inmunodeficiencias con afectación cutánea descrita de forma similar clínica a nuestro caso. Han sido documentados casos similares en tratamiento con rituximab. Se trata de un cuadro extremadamente inusual, siendo las inmunoglobulinas intravenosas el único tratamiento efectivo conocido.

Conclusión. Presentamos un caso de infección diseminada con afectación cutánea por enterovirus en paciente en tratamiento con rituximab. Se trata de una complicación escasamente descrita que consideramos que debe conocerse debido al aumento del uso de este fármaco.

P39. TUMORES ASENTADOS EN LUGARES OLVIDADOS

M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, J. Navarro Pascual, J. Cruañes Monferrer y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Introducción. La zona perianal es el asiento de gran variedad de patología dermatológica, tanto inflamatoria como tumoral, aunque por su localización los pacientes a menudo no consultan y los médicos tampoco preguntamos.

Casos clínicos. 1. Mujer de 56 años con molestias en zona perianal. Presenta zonas erosivas puntiformes radiales al orificio anal. Con sospecha de enfermedad de Paget extramamaria se realiza biopsia que confirma el diagnóstico. Se opta por realización de terapia fotodinámica continuando en seguimiento por nuestra parte. 2. Mujer de 70 años intervenida de carcinoma de vulva hace 8 años que presenta nódulos con necrosis, empastados e infiltrados en glúteos, sugestivos de metástasis cutáneas confirmándose mediante biopsia. Recibe quimioterapia y radioterapia con escasa respuesta, falleciendo 5 meses tras el diagnóstico. 3. Mujer de 54 años que consulta por lesión perianal de 10 años de evolución. Presenta tumoración rosada que se extirpa con resultado de melanoma dérmico de 7,8 mm de Breslow. 4. Varón de 67 años que consulta por tumoración perianal de un año de evolución. Presenta una placa eritematosa bien delimitada con telangiectasias. Con sospecha de carcinoma basocelular se realiza exéresis confirmando el diagnóstico.

Discusión. Presentamos cuatro tumores malignos diferentes que tienen en común su localización poco común. La enfermedad de Paget perianal es un adenocarcinoma intraepitelial que se presenta como una placa eritematosa con descamación o ulceraciones. El pronóstico es bueno aunque la tasa de recurrencias es muy alta. El melanoma dérmico es un subtipo de melanoma confinado a dermis o tejido celular subcutáneo, que histológicamente simula una metástasis, pero con una prolongada supervivencia. Puede presentarse como una lesión quística, una pápula violácea, un nódulo subcutáneo azulado o grisáceo, o una masa mal definida subcutánea de larga evolución. Las metástasis cutáneas de cáncer de vulva son extremadamente raras. Aparecen como placas o nódulos sólidos, ulcerados y dolorosos. El pronóstico es muy malo con una supervivencia media de 7 meses tras el diagnóstico. La incidencia del carcinoma basocelular perianal en comparación a otras zonas de piel es del 0,1%. Es importante realizar diagnóstico diferencial con carcinoma basaloide de células escamosas por las diferencias en cuanto al pronóstico.

P40. TRATAMIENTO CON NALTREXONA EN PRURITO INDUCIDO POR ANTI-PD1

A. Mateos Mayo, M. Bergón Sendin, I. Balaguer Franch, R. Suárez Fernández y A. Pulido Pérez

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

Introducción. Los fármacos anti-PD1 se utilizan como tratamiento de múltiples neoplasias entre las que se incluye el melanoma. Los efectos secundarios cutáneos más frecuentes son el vitiligo, las lesiones cutáneas inflamatorias y el prurito. El prurito puede aparecer hasta en el 25% de los pacientes y en algunos puede obligar a suspender el tratamiento.

Caso clínico. Mujer de 63 años en tratamiento con pembrolizumab (anti-PD1) y lenvatinib (inhibidor del receptor de la tirosina quinasa) desde hacía un mes por tumor sólido no melanoma estadio IV. En seguimiento previo en otro centro por lesiones eczematosas de larga evolución que se habían agravado tras el inicio de inmunoterapia con aparición de intenso prurito por lo que estaba en tratamiento con antihistamínicos, corticoide tópico, metotrexato y prednisona. A la exploración física, presentaba lesiones eritematodescamativas y excoriadas con áreas de aspecto liquenoide. La histología mostraba paraqueratosis e infiltrados linfocitarios perivasculares compatibles con dermatitis psoriasiforme. Dado el mal control del prurito, se aumentó la dosis de prednisona y metotrexato sin conseguir control clínico. Por ello, se decidió iniciar naltrexona a dosis de 25 mg al día sin respuesta a los 5 días, pero con mejoría significativa al aumentar a 50 mg al día (desde una puntuación EVA de 8 hasta 4).

Discusión. Los fármacos antagonistas del receptor opioide mu, entre los que se incluyen naloxona y naltrexona, han demostrado ser eficaces para el prurito de diferentes etiologías y se recomiendan como tratamiento de segunda línea. Además, tienen un efecto antiinflamatorio por lo que se han utilizado como tratamiento de algunas enfermedades como el liquen plano pilar. Recientemente se han publicado algunos casos de pacientes con prurito y erupción liquenoide inducida por anti-PD1 que han mejorado con antagonistas opioides. Existe cierta controversia sobre la dosis eficaz a utilizar en la toxicidad cutánea de pacientes oncológicos por su posible efecto antiinflamatorio frente a su efecto central antipruriginoso. Nuestra paciente presentó mejoría al aumentar la dosis de naltrexona de 25 a 50 mg por lo que creemos que los antagonistas del receptor opioide mu podrían desempeñar un papel en el tratamiento del prurito en estos pacientes, aunque son necesarios más estudios para demostrar este hecho y establecer una posología adecuada.

P41. PACIENTE CON SÍNDROME DE GORLIN, TRATAMIENTO CON CIRUGÍA Y VISMODEGIB

R.F. Lafuente Urrez^a, J.P. Díaz Jiménez^b, R. Agudiez Alocen^c, J. Pérez Pelegay^a y J.F. Monzón Muñoz^d

^aServicio de Dermatología. ^bUnidad de Apoyo a la Gestión. ^cResidente Medicina Familiar y Comunitaria. ^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital "Reina Sofía". Tudela. Navarra. España.

Antecedentes y objetivos. El síndrome de Gorlin-Goltz (SGG) o síndrome de los carcinomas basocelulares nevoides es un trastorno hereditario autosómico dominante que resulta de la mutación del gen *PATCHED-1*. Es una entidad de alta penetrancia y expresividad variable que se caracteriza por la aparición temprana de carcinomas basocelulares, alteraciones óseas, odontológicas, oftalmológicas y neurológicas entre otras. El vismodegib es un inhibidor de la vía de señalización Hedgehog que ha resultado alentador en el tratamiento del SGG localmente avanzado y metastásico. Se presenta un caso de esta entidad y se realiza una breve revisión de la literatura.

Caso clínico. Mujer de 51 años de edad remitida a urgencias por su MAP para valoración de lesión tumoral sangrante en espalda de unos 2 meses de evolución y de lesiones cutáneas en espalda, cara y brazos de unos 6 meses de evolución, algunas pruriginosas, que están aumentando de tamaño. Refiere cansancio sin otra sintomatología sistémica acompañante. A la exploración se aprecia una

placa tumoral sangrante de 5 × 40 mm de diámetro en la zona derecha de la espalda y múltiples placas y algunas pápulas tumorales eritematosas o eritematopigmentadas, con áreas erosivas en su superficie, bien delimitadas, de varios centímetros de diámetro, localizadas en la espalda, tercio superior del dorso de ambos brazos, zona submamaria derecha, frente, raíz de implantación del cuero cabelludo y tercio interno del hemilabio superior izquierdo afectando a bermellón. También presenta malposición dentaria, depresiones puntiformes poco aparentes en palma de manos. No se palpan adenopatías. La Rx de articulación ATM muestra edentulismo parcial y malposición dentaria. Ortopantomografía.

Conclusiones. El caso presentado es de interés debido a la baja incidencia de esta patología y sirve para recordar el gran espectro de sus manifestaciones clínicas. Todos los pacientes con diagnóstico de SGG deben recibir consejo genético. El seguimiento de los pacientes es de por vida y el tratamiento debe ser multidisciplinar. La elección del tratamiento del carcinoma basocelular se basa en el patrón histológico, la localización y la agresividad de cada lesión. El pronóstico del carcinoma basocelular en pacientes con SGG suele ser bueno para la vida, pero la morbilidad es considerable en términos de deterioro funcional y cosmético.

P42. MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL DE CÉLULA PEQUEÑA EN COLISIÓN CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE SUBUNGUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. García del Pozo Martín de Hijas^a, J.L. Agudo Mena^b, G. Ochando Ibernón^c, A. López Mateos^c y D. Berenguer Romero^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General de Almansa. ^bServicio de Dermatología. Hospital General de Villarrobledo. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Albacete. España.

Introducción. El melanoma lentiginoso acral y el carcinoma epidermoide subungueal son tumores con baja incidencia en población caucásica; sin embargo, se han notificado casos en los que se encuentran en colisión en la misma lesión.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 85 años que consultó por una lesión dolorosa en el segundo dedo de la mano derecha de 2 meses de evolución. En la exploración física, se observó una tumoración eritematosa y erosionada, dolorosa a la palpación, en uno de los pliegues periungueales laterales, así como eritema difuso en toda la piel de la falange distal hasta el pulpejo. En la imagen dermatoscópica, se apreciaban costras hemáticas sobre un fondo rojizo con vasos polimorfos y restos de pigmento aislados en uno de los extremos. Con la sospecha clínica de carcinoma epidermoide o melanoma, se realizó biopsia incisional de la lesión, que resultó diagnóstica de melanoma de célula pequeña. Se realizó exéresis de la lesión con 1 cm de margen lateral y en profundidad hasta falange distal, cerrándose el defecto quirúrgico mediante colgajo ventral del pulpejo. El análisis de la pieza quirúrgica demostró melanoma lentiginoso acral de célula pequeña, ulcerado, con moderado índice mitótico y discreta reacción linfocítica, Breslow 1,8 mm, en colisión con un foco de carcinoma epidermoide microinfiltrante. Tras valoración por el comité de melanoma, se optó por realizar ampliación de márgenes mediante amputación hasta tercio medio de segunda falange y cierre del defecto quirúrgico mediante colgajo cutáneo del dorso del dedo. No se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela dada la edad de la paciente. El estudio de extensión mediante PET-TC no evidenció enfermedad a distancia.

Discusión. La existencia de melanoma subungueal en colisión con carcinoma epidermoide subungueal puede representar hasta el 14% de casos de tumores en dicha localización. La hipótesis más factible para explicar esta situación es que algún factor específico local (como traumatismos crónicos o VPH) podría tener un papel en la génesis tanto del carcinoma epidermoide como del melanoma subungueales.

Conclusiones. Presentamos un caso de melanoma lentiginoso en colisión con carcinoma epidermoide acral, situación poco frecuente en la práctica clínica habitual pero que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones tumorales en localización acra.

P43. CARCINOMA ERISPELOIDE COMO FORMA DE METÁSTASIS CUTÁNEA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS DE CABEZA Y CUELLO

N. Silvestre Torner^a, E. Vargas Laguna^a, R. Hitt Sabag^b, M. Martínez García^a y S. Tabbara Carrascosa^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. España.

Introducción. El carcinoma erisipeloido o carcinoma metastásico inflamatorio es una forma de metástasis cutánea inusual en la mayoría de neoplasias malignas, a excepción del cáncer de mama.

Casos clínicos. *Caso 1.* Varón de 72 años diagnosticado de carcinoma pleomórfico de glándula submaxilar izquierda (pT3NxM1), tratado mediante submaxilectomía izquierda y radioterapia adyuvante. *Caso 2.* Varón de 60 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de laringe (pT3N3M0), intervenido quirúrgicamente y tratado mediante radioterapia y quimioterapia adyuvante. Durante el primer año de seguimiento, los pacientes comenzaron con una lesión "erisipela-like" en forma de placa eritematosa, caliente e indurada a la palpación en región cervical. Meses más tarde, desarrollaron una lesión nodular con ulceración central. La biopsia cutánea de las placas eritematosas demostró, en ambos casos, la presencia de células neoplásicas obstruyendo los vasos linfáticos de dermis superficial y profunda, lo que permitió el diagnóstico de carcinoma metastásico inflamatorio.

Discusión. Las metástasis cutáneas se consideran excepcionales en los tumores de cabeza y cuello, con una prevalencia del 1-2% de los casos. El carcinoma erisipeloido o carcinoma metastásico inflamatorio representa una de las múltiples formas clínicas en las que se puede afectar la piel por la infiltración de células neoplásicas. Aunque es característica del cáncer de mama, puede presentarse en relación con otras neoplasias de órganos internos. Por lo que respecta a los tumores de cabeza y cuello, la literatura incluye un único caso en un paciente con diagnóstico de carcinoma de laringe, otro en relación con las neoplasias de glándulas salivares, así como un tercer caso en un paciente con carcinoma de nasofaringe. Las lesiones se presentan clínicamente como placas eritematosas, calientes e induradas a la palpación de bordes bien definidos que requieren, entre otros, diagnóstico diferencial con cuadros de celulitis-erisipela. El estudio histopatológico demuestra la obstrucción de los vasos linfáticos dérmicos superficiales y profundos por células tumorales de la misma estirpe histológica que la neoplasia primaria. El reconocimiento de este cuadro clínico es fundamental por la importancia pronóstica que suponen las metástasis cutáneas.

P44. TOLERANCIA A LA INFILTRACIÓN DE METOTREXATO INTRALESIONAL EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO: CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE UNA ESCALA NUMÉRICA VERBAL

M. Bergón-Sendín, A. Pulido Pérez, A. Mateos Mayo, I. Balaguer-Franch y R. Suárez Fernández

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

Antecedentes y objetivos. El metotrexato intralesional (MTX-il) es un tratamiento eficaz en la reducción del tamaño tumoral en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). En la literatura científica se describe una buena tolerancia durante su infiltración, pero no exis-

ten estudios amplios que hayan empleado escalas de medida en su cuantificación. El objetivo de este trabajo es cuantificar la intensidad del dolor asociado a la infiltración de MTX-il.

Métodos. Hemos realizado un estudio prospectivo con 100 pacientes que recibieron MTX-il en neoadyuvancia al tratamiento quirúrgico convencional. Se administraron dos dosis de 20 mg de MTX-il por tratamiento, separadas por una semana. Se emplearon jeringas precargadas con metotrexato (50 mg/ml) con agujas de 30G, sin anestesia local previa. Se midió el dolor asociado mediante una escala numérica verbal (ENV) en cada una de las 2 infiltraciones, analizándose un total de 200 valoraciones.

Resultados. Se incluyeron 100 pacientes (60 hombres, 40 mujeres) que recibieron 2 dosis de MTX-il cada uno, con un total de 200 valoraciones mediante ENV. El valor medio en la ENV fue de 2,7 puntos. No se encontró diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas en la primera infiltración (valor medio: 2,6) y la segunda infiltración (valor medio: 2,8). La puntuación media en hombres fue de 2,8 frente a un 2,5 en mujeres, sin que existiera diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusiones. La ENV es un método de cuantificación unidimensional del dolor que ha demostrado su validez y concordancia con otras escalas de medida como la escala analógica visual. La interpretación de esta medida es la siguiente: ≤ 3 : dolor leve; 4-7: dolor moderado; ≥ 8 : dolor intenso. En nuestro estudio, hemos obtenido un valor medio en la ENV de 2,7, lo que corresponde a un "dolor leve". Estos resultados corroboran la buena tolerancia al tratamiento en el momento de su administración, aportando una cuantificación del dolor mediante una escala validada en una serie amplia de casos.

P45. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CÁNCER DE PULMÓN COMO MANIFESTACIÓN INICIAL: UN HALLAZGO INESPERADO

S. Porcar Saura, M. Pons Benavent, A. García Vázquez, L. Martínez Casimiro y M.D. Ramón Quiles

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. España.

Introducción. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres. Las metástasis cutáneas (MC) pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad, siendo la frecuencia en el cáncer de pulmón del 1 al 12%.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 55 años que consultó en dermatología por lesiones asintomáticas de 3 meses de evolución localizadas en el hombro izquierdo y en el abdomen. En la exploración física se objetivaron 2 lesiones nodulares, localizadas en el hombro izquierdo, de 2 cm de diámetro, eritematosas, de aspecto vascularizado, con ulceración central e infiltradas. Además, presentaba nódulos subcutáneos de consistencia pétreo en el abdomen y el tórax. El estudio histológico e inmunohistoquímico de las lesiones fue compatible con metástasis cutánea por adenocarcinoma de origen pulmonar. En las pruebas de imagen se observó una masa hiliar izquierda de 82 mm de diámetro con infiltración de la aorta descendente, múltiples adenopatías, metástasis hepáticas, óseas y cerebrales. El paciente fue diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar estadio T3N2M1c. Tras un mes desde el diagnóstico el paciente fue finalmente exitus.

Discusión. Las metástasis cutáneas son poco habituales en la práctica clínica, siendo la manifestación inicial de una neoplasia solo en el 0,8% de los casos. En hombres el cáncer que de forma más frecuente produce MC es el de pulmón. En mujeres este cáncer ocupa el quinto lugar. La mayoría de las MC se producen en una región corporal próxima al tumor primario. La variedad más frecuente que produce infiltración cutánea es el adenocarcinoma. Clínicamente las MC se manifiestan en forma de nódulos de rápido crecimiento,

de morfología ovalada o redondeada, móviles, de consistencia dura, adheridos a planos profundos, indolores y ligeramente eritematosos. La histopatología de las MC puede tener las mismas características que el tumor primario o presentar un aspecto más desdiferenciado. En las MC de origen pulmonar el estudio inmunohistoquímico suele mostrar positividad para el factor de transcripción antitiroideo y ser negativo para la citoqueratina 7 y la 20. La supervivencia de los pacientes tras la aparición de MC se reduce a 5-6 meses.

Conclusión. Presentamos el caso de un carcinoma de pulmón no conocido diagnosticado a partir de una metástasis cutánea.

P46. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CUTÁNEO EN CASTILLA Y LEÓN (PROYECTO EPISC-CYL)

J. Cañueto Álvarez^a, E. Cardenoso Álvarez^b, A. Pérez Bustillo^c, M. Corral de la Calle^d, J. Feito Pérez^e, A. Aparicio^f, G. Martínez García^g, R. Tur González^h, A.M. González Pérez^a, A.M. Haro Pérezⁱ, M.Á. Descalzo^j y C. Román Curto^a

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bComplejo Asistencial de Zamora (actualmente en el Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca). ^cHospital Clínico Universitario de Valladolid. ^dComplejo Asistencial de Ávila. Servicio de Anatomía Patológica. ^eComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^fComplejo Asistencial de Zamora. ^gHospital Clínico Universitario de Valladolid. ^hComplejo Asistencial de Ávila. ⁱServicio de Medicina Preventiva. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^jUnidad de Investigación de la AEDV. España.

Introducción. El cáncer de piel es con mucho el más frecuente en humanos, pero si excluimos el melanoma, en general no se encuentra recogido de los registros de cáncer. Por ello, existen pocos datos fiables de la incidencia del cáncer de piel en nuestro país.

Objetivo. Estimar la incidencia por cáncer cutáneo en Castilla y León y definir las características clínicas y demográficas de los pacientes diagnosticados de cáncer de piel en esta Comunidad.

Métodos. Estudio observacional prospectivo y multicéntrico ([Complejo Asistencial Universitario de Salamanca [CAUSA], Complejo Asistencial de Ávila [CAV], Complejo Asistencial de Zamora [CAZA] y Hospital Clínico de Valladolid [HCUV]) para estimar la incidencia de cáncer cutáneo en Castilla y León, y conocer la incidencia del cáncer de piel según las áreas. Reclutamiento desde el 1 de septiembre del 2017 hasta el 31 de agosto del 2018. Se incluyeron todos los casos con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular (CBC), carcinoma epidermoide cutáneo (CEC), melanoma (MEL), carcinoma de células de Merkel (CCM) y dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP).

Resultados. Se identificaron 3.642 casos de cáncer cutáneo entre los 4 centros: 2.597 CBC, 784 CEC -76 de los cuales se clasificaron como queratoacantomas-, 216 MEL, 3 CCM, 4 DFSP y 38 tumores con otro diagnóstico. Por centros se diagnosticaron 1.548 en el CAUSA, 851 casos en el CAZA, 746 casos en el HCUV y 497 en el CAV. Por tumores, y extrapolando la población de las provincias registradas y la del resto de las provincias de la Comunidad, estimamos una incidencia de 305,2/105 habitantes de CBC (293,6/100.000-317,1/100.000); 92,1/100.000 de CEC (85,9/100.000-98,8/100.000); 25,4/100.000 de MEL (22,2/100.000-29,0/100.000); 0,3/105 de CCM (0,1/100.000-1,1/100.000) y 0,5/105 de DFSP (0,2/100.000-1,2/100.000).

Conclusiones. La incidencia estimada de cáncer cutáneo en nuestra Comunidad es ligeramente superior a la de otras regiones de España y a la de otros países de nuestro entorno. El desarrollo registros de cáncer cutáneo sería útil para conocer la carga de la enfermedad en las diferentes regiones y orientar las estrategias de prevención más ajustadas a las necesidades.

P47. COMPARACIÓN DE LA SUBCLASIFICACIÓN DE SALAMANCA PARA EL T3-AJCC8 DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO, CON EL SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL Y LA CLASIFICACIÓN DE TÜBINGEN

L. Puebla Tornado^a, L.A. Corchete Sánchez^b, A. Conde Ferreirós^a, C. Román Curto^{a,b} y J. Cañueto Álvarez^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca-IBSAL. España.

Introducción. Los sistemas de estadificación han mejorado sustancialmente para el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) en los últimos años. En 2018 se hizo efectiva la nueva edición del sistema de estadificación del AJCC (AJCC8), que presenta heterogeneidad en el estadio T3 y nuestro grupo ha propuesto una subclasificación que lo divide en grupos más homogéneos. Además, los sistemas de estadificación del Brigham and Women's Hospital (BWH) y el propuesto por la Universidad de Tübingen, en Alemania, ofrecen propuestas diferentes al AJCC8, pero no se han comparado con la subclasificación recientemente propuesta para el estadio T3-AJCC8. Nuestro objetivo fue comparar los 3 sistemas para resaltar debilidades y fortalezas de cada uno.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico de 196 CEC T3-AJCC8. Se comparó la capacidad de predecir pronóstico de los 3 sistemas de estadificación y evaluó la diferencia en el mal pronóstico para cada grupo, monotonía y homogeneidad.

Resultados. En total, 53 casos (un 27%) desarrollaron eventos de mala evolución clínica en el seguimiento. El AJCC8-T3b/T3c representaba el 51,5% del total de casos, el BWH-T2b/T3 el 47,4% y el sistema de Tübingen (3-4 puntos) el 34,2%. El 37,6% (38 casos) de los AJCC8-T3b/T3c desarrollaron algún evento, el 23,8% (24 casos) eventos mayores y el 7,9% (8 casos) muerte por CEC. El 34,4% (32 casos) de los BWH-T2b/T3 desarrollaron algún evento, el 24,7% (23) eventos mayores y el 9,7% (9) muerte por enfermedad. El 40,3% (27 casos) de los tumores con 3-4 puntos de Tübingen desarrollaron algún evento, el 23,9% (16 casos) eventos mayores y el 9% (6 casos) muerte por enfermedad. La prueba de McNeemar no demostró sustanciales diferencias entre la subclasificación de Salamanca para T3-AJCC8 y el sistema del BWH, pero sí entre estos y el sistema de Tübingen.

Conclusiones. Aunque todos los tumores correspondían a la categoría T3-AJCC8, se pudieron clasificar en diferentes categorías tanto en el BWH como en el sistema de Tübingen, lo que avala la utilidad de dividir el T3-AJCC8 en subgrupos más homogéneos. Existe superposición entre la subestratificación para T3-AJCC8 de Salamanca y el BWH y ambos sistemas muestran diferencias con el de Tübingen. Las implicaciones pronósticas de la combinación de factores de riesgo deberían ser tenidas en cuenta para futuros sistemas de estadificación del CEC.

P48. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN UNA SERIE DE 26 FIBROXANTOMAS ATÍPICOS

M. Pons Benavent, A. García Vázquez, S. Porcar Saura, I. Pinazo Canales y D. Ramón Quiles

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

Antecedentes y objetivos. El fibroxantoma atípico (FXA) es una neoplasia poco frecuente de origen mesenquimal. Suele desarrollarse sobre piel crónicamente expuesta a la radiación UV y presenta un bajo grado de malignidad. Nuestro objetivo fue establecer las características clínicas y epidemiológicas de los FXA diagnosticados en nuestro centro.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo observacional en el que incluimos 28 pacientes diagnosticados de FXA entre 2004 y 2019

en nuestro centro. Para ello, buscamos en la plataforma informática de consultas externas de nuestro hospital a todos los pacientes codificados con el diagnóstico "fibroxantoma atípico" y realizamos una selección de características clínico-epidemiológicas de los mismos. **Resultados.** El resultado provisional de la primera búsqueda mostró 28 resultados. Tras revisar el informe anatomopatológico de dichos tumores, dos de ellos fueron reclasificados como sarcomas pleomórficos dérmicos según criterios histológicos y 26 fueron finalmente diagnosticados de FXA. Los datos clínico-epidemiológicos obtenidos no difieren respecto a los publicados en la literatura hasta la actualidad. Predominó ampliamente el sexo masculino, la edad avanzada y la localización en zonas de piel crónicamente expuestas a la radiación solar, siendo habituales los antecedentes de otras neoplasias cutáneas relacionadas con la fotoexposición. Además, la lesión nodular fue la forma de presentación más frecuente. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue corto, transcurriendo 2 meses de media desde la aparición de la lesión. Todos los pacientes excepto uno, se trataron con cirugía convencional con márgenes clínicos amplios. En nueve de ellos, los márgenes quirúrgicos estaban afectos. Estos casos fueron tratados mediante una ampliación quirúrgica en un segundo tiempo, presentando finalmente bordes libres todos ellos. Hasta el momento, no se ha observado ninguna recidiva tumoral ni ningún fallecimiento relacionado directamente con el tumor.

Conclusiones. Presentamos una serie de 26 casos de FXA diagnosticados en nuestra área de salud. Las características clínico-epidemiológicas de los casos incluidos son similares a las presentes actualmente en la literatura.

P49. LEIOMIOSARCOMA DÉRMICO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO, HISTOLÓGICO Y ECOGRÁFICO

R. Cabeza Martínez^a, C. Martínez Mera^a, F. Alfageme Roldán^a, L. Nájera^a y G. Roustán Gullón^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). España.

Introducción. El leiomioma de piel es una neoplasia maligna de estirpe muscular cuya baja incidencia dificulta el desarrollo de protocolos específicos de diagnóstico y manejo terapéutico. El origen del leiomioma dérmico parece tener relación con el músculo liso piloerector dérmico. Generalmente se comportan como neoplasias poco agresivas con relativa tendencia a la recidiva local tras su extirpación con márgenes quirúrgicos ajustados. El riesgo de metástasis a distancia se considera bajo. Desde el punto de vista clínico, los leiomiomas cutáneos se manifiestan como nódulos o masas de consistencia firme en adultos mayores de 50 años. Las lesiones pueden acompañarse de dolor, prurito y/o parestesias. Desde el punto de vista histopatológico, se han descrito dos patrones arquitecturales: el patrón nodular, caracterizado por una mayor celularidad, atipia y figuras de mitosis, y el patrón difuso, menos celular y con menor carga mitótica. El estudio inmunohistoquímico es una herramienta fundamental para el adecuado diagnóstico diferencial de las neoplasias de células fusiformes y su procedencia. El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección en las formas localizadas. Clásicamente las recomendaciones sometían a los pacientes a cirugías agresivas con márgenes de 3-5 cm, sin embargo con el tiempo se han observado resultados similares con cirugías más conservadoras (márgenes de 1 cm) sin alcanzar porcentajes de recidiva local superiores. En este punto la cirugía micrográfica de Mohs parece cobrar especial importancia.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años de edad, quien consulta por una lesión cutánea de un año de evolución en región pretibial derecha de crecimiento rápido asintomática. A la exploración física se objetiva una placa indurada infiltrada. Se le realizó una ecografía donde se observa lesión dermosubdérmica

mal delimitada que mide 12 × 6 × 13 mm, hiperecoica con áreas hipoecoicas que remedan la estructura del folículo y el erector del pelo. Escasa vascularización intralesional. A nivel histológico se observa una proliferación mesenquimal maligna, que crece en grandes fascículos de células fusiformes y ovoides, con atipia. Se han contado hasta 6 mitosis/10 campos de gran aumento. Inmunohistoquímicamente, las células expresan actina HHF3. El cuadro es compatible con leiomioma superficial.

P50. CONCIENCIA SOBRE EL CÁNCER DE PIEL Y HÁBITOS DE FOTOPROTECCIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

L. Revelles Peñas^a, J.M. García de Dompablo^b, L. Puebla Tornero^a, C. Román Curto^{a,b,c} y J. Cañueto Álvarez^{a,b,c}

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, ^bFacultad de Medicina-Universidad de Salamanca. ^cInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca. España.

Antecedentes y objetivos. El cáncer cutáneo es un problema de salud relevante en nuestro medio y la radiación UV constituye el agente ambiental más importante en su desarrollo. Nos propusimos evaluar el conocimiento de los estudiantes de medicina de la Universidad de Salamanca en materia de fotoprotección y cuál es su comportamiento ante una exposición solar, ya que previsiblemente influirá en la efectividad con la que promocionen un comportamiento adecuado frente a la exposición solar en sus futuros pacientes. **Métodos.** Se elaboró un cuestionario de Google con 54 preguntas relacionadas con el riesgo de cáncer cutáneo y los hábitos de fotoprotección. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (v26).

Resultados. De los 228 alumnos encuestados, el 83,8% reconocía saber el significado del factor de protección solar (FPS) y el 77,2% el del índice UV. El 81,6% conocía que la radiación UV es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de un cáncer de piel. El 46,9% se quemó una vez en el último verano y el 16,2% en varias ocasiones. Al 61,8% les gusta broncearse. Los alumnos de quinto y sexto curso tienen un conocimiento mayor del significado del FPS ($p = 0,006$) y de su riesgo de desarrollar cáncer cutáneo ($p = 0,039$). Es mayor el porcentaje de alumnas que le dan importancia al FPS ($p = 0,023$). Al realizar actividades al aire libre las alumnas utilizan más FPS ($p = 0,015$) que los alumnos.

Conclusiones. Los datos demuestran diferencias entre los cursos más avanzados con respecto a los primeros cursos, aunque esto no parece reflejarse en el comportamiento. El sexo del alumno también es un factor relevante, siendo las alumnas mejores cumplidoras. Los hombres tienen menor nivel de conocimientos, menor apreciación de la importancia de la fotoprotección y son menos propensos a utilizar medidas activas de fotoprotección solar. Encontramos niveles satisfactorios sobre el conocimiento del FPS y del índice UV, que luego no tienen un significado práctico a la hora de utilizar medidas de fotoprotección.

P51. REACCIÓN GRANULOMATOSA TIPO SARCOIDOSIS POR PEMBROLIZUMAB

I. Rego Campuzano^a, C. Peña Penabad^a, A.M. Rey Porto^b, M. Quindós Varela^c y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Oncología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.

Introducción. La aparición de la inmunoterapia ha supuesto una revolución en el tratamiento del cáncer. El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-PD-1 aprobado como tratamiento para el melanoma en estadios avanzados. Se han descrito numerosos efectos adversos cutáneos secundarios a tratamiento

con inmunoterapia. Presentamos el caso de una paciente con melanoma en estadio IV, que presentó una reacción granulomatosa tipo sarcoidosis durante el tratamiento con pembrolizumab.

Caso clínico. Mujer de 68 años diagnosticada de melanoma en 2013, estadio IIA. En 2018 aparecen 2 nódulos en lóbulo pulmonar inferior derecho, sugestivos de malignidad, comenzándose tratamiento con pembrolizumab. Al cabo de 6 meses de tratamiento desarrolló lesiones cutáneas papulares en miembros inferiores y superiores, marrón-áceas y pruriginosas. En la PET-TC se identificaron depósitos metabólicos hiliares, mediastínicos y en lóbulo superior derecho. Se realizó biopsia de las lesiones cutáneas, cuyo estudio histológico mostró múltiples granulomas no necrotizantes y células gigantes multinucleadas, compatibles con granulomas sarcoideos. Se solicitó estudio de las lesiones pulmonares mediante videotoracoscopia, confirmando etiología tumoral en lóbulo inferior derecho. No se analizaron las lesiones mediastínicas ni en lóbulo superior derecho, de aparición más reciente. Se decidió continuar a tratamiento con pembrolizumab, y seguimiento estrecho mediante técnicas de imagen.

Discusión. La reacción granulomatosa tipo sarcoidosis es una entidad que se asocia a inmunoterapia de forma muy infrecuente. Lo más habitual es que se presente con afectación pulmonar y mediastínica pudiendo simular progresión de la enfermedad, siendo la afectación cutánea excepcional. En nuestro caso no se pudo descartar la afectación mediastínica y pulmonar por esta entidad, quedando la paciente a expensas de seguimiento con pruebas de imagen para control.

Conclusión. La reacción granulomatosa tipo sarcoidosis es una rara entidad asociada a tratamiento con inmunoterapia que puede llevar a diagnóstico erróneo de progresión tumoral y, consecuentemente, a la suspensión del tratamiento.

P52. EFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS COMO PREDICTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON MELANOMA TRATADOS CON NIVOLUMAB

A.J. Durán Romero^a, J.J. Domínguez Cruz^a, P. Sancho Márquez^b, J. Benedetti^b y J. Conejo-Mir Sánchez

^aUGC de Dermatología. ^bUGC de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. En el tratamiento del melanoma localmente avanzado y metastásico la inmunoterapia ha aumentado la supervivencia de forma significativa y el pronóstico de los pacientes. Entre los fármacos se encuentran los anticuerpos anti-PD1: pembrolizumab y nivolumab. Nivolumab es un anticuerpo monoclonal humano tipo IgG4 que bloquea el receptor PD1 e impide su unión a PD-L1 y PD-L2. Al ser PD1 un punto de retroalimentación negativa en la actividad de los linfocitos T, su bloqueo provoca el aumento de la respuesta inmune de dichas células.

Material y método. Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con melanoma tratados con nivolumab desde el 1 de enero de 2016 hasta 30 de junio de 2019 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. De los casos incluidos se registraron, a través de la historia clínica digital, las variables demográficas de los pacientes, así como las características de la neoplasia, respuesta al tratamiento y efectos adversos. Los datos fueron analizados estadísticamente con el programa SPSS[®].

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes, 63% hombres y 37% mujeres, con una media de 64 años al comienzo del tratamiento. Hasta un 65% de pacientes había realizado otras terapias previas. El 70% de pacientes presentaba metástasis a distancia, estando BRAF mutado en un 40% de las neoplasias, de los que un 44% recibió previamente fármacos anti-BRAF/MEK. La media de tratamiento con nivolumab fue de 6 meses, con una mediana de supervivencia de 9,5 meses. Los efectos adversos más frecuentes fueron la astenia, el rash cutáneo y el prurito. Un 20% de pacientes suspendió el tratamiento en alguna ocasión por dichos efectos. El análisis univa-

riante demostró mejor supervivencia en los pacientes con prurito o rash cutáneo secundarios al tratamiento.

Discusión. Nivolumab es una terapia efectiva en práctica habitual, con efectos adversos en su mayoría controlables y predecibles. Es posible que la presencia de prurito y rash cutáneo sean factores predictores de buena respuesta al tratamiento.

P53. DERMATOLOGÍA E INMUNOTERAPIA: COMPLICACIONES INMUNOMEDIADAS EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMAS CUTÁNEOS DE CÉLULAS T Y EN LA ADYUVANCIA DEL MELANOMA CUTÁNEO

C. Vico-Alonso, J.J. Andrés-Lencina, D. Falkenhain-López y P.L. Ortiz-Romero

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

Antecedentes. La inmunoterapia en el tratamiento de los linfomas cutáneos de células T (LCCT) en estadios avanzados y en adyuvancia en el melanoma cutáneo ha supuesto una revolución en el tratamiento oncológico actual. Sin embargo, el principal problema que se desprende directamente de su mecanismo de acción, activando la inmunidad del huésped, es el desarrollo de toxicidades inmunomediadas con manifestación clínica a cualquier nivel.

Métodos. Se recogen los pacientes bajo tratamiento inmunoterápico en adyuvancia para el melanoma (anti-PD1) y como tratamiento de los LCCT (inhibidor de CCR4) atendidos en nuestro servicio hasta el momento. Se han analizado todos los eventos adversos de origen inmune que sufrieron los pacientes durante el curso del tratamiento con estos fármacos y el tiempo desde las primeras infusiones en el que tuvo lugar la complicación.

Resultados. Un número total de 18 pacientes han recibido tratamiento inmunoterápico. Once pacientes (4 mujeres; 7 hombres) recibieron tratamiento con un inhibidor de CCR4 (mogamulizumab). Se objetivaron 2 complicaciones inmunomediadas: glomerulonefritis membranosa I y IV, y una polimiositis, grado III y grado V, respectivamente, según el CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events). De los 6 pacientes (2 mujeres; 4 hombres) que recibieron tratamiento adyuvante con el anti-PD1 pembrolizumab, uno desarrolló un cuadro de hipofisitis. Un paciente (hombre) fue tratado con el anti-PD1 nivolumab, desarrollando como complicaciones inmunomediadas una hepatitis y una tiroiditis autoinmunes, grado 2 y grado 3, respectivamente. El tiempo de aparición de las complicaciones inmunomediadas puede darse hasta años después de las primeras dosis, aunque es más frecuente su aparición en los 3-4 primeros meses.

Conclusiones. La implicación de los dermatólogos en el campo de la inmunoterapia tanto para el melanoma como para el LCCT es cada vez más extensa. Debemos disponer de protocolos de identificación precoz y manejo inicial de las posibles toxicidades inmunomediadas, pues su pronto tratamiento y eventual discontinuación es clave. Es mandatorio una buena anamnesis previa a las administraciones del fármaco así como un contacto estrecho con otros equipos de especialistas entrenados en estas toxicidades que garanticen el correcto manejo de los pacientes.

P54. ADENOCARCINOMA PAPILAR DIGITAL AGRESIVO: UN TUMOR POCO SOSPECHADO

L. González Ruiz, M. Rogel Vence, M. Carmona Rodríguez, M. Prado Sánchez Caminero, M. Franco Muñoz, V. Herrera Montoro y G. Romero Aguilera

Hospital General Universitario de Ciudad Real. España.

Paciente varón de 74 años sin antecedentes personales de interés. Acude por una lesión en 2º dedo de mano izquierda, de 3 años de evolución. Había sido intervenido en 2 ocasiones a pesar de lo cual la lesión había recidivado. El estudio histológico de las cirugías previas

informó la lesión como un adenocarcinoma papilar digital agresivo. Presentaba 2 placas eritematovioláceas de varios centímetros, que ocupaban casi la totalidad de la cara dorsal del dedo, con lesiones en superficie papulonodulares de consistencia gomosa, no adheridas. No se palpaban adenopatías patológicas en codo ni axila. Se realizó una RMN que no mostró afectación ósea ni tendinosa. Se planteó la opción de cirugía conservadora y reconstrucción mediante injerto de piel total, pero el rápido crecimiento de la lesión obligó finalmente a realizar una amputación funcional del 2º dedo por parte del servicio de Traumatología con buen postoperatorio inmediato y resultado quirúrgico. El adenocarcinoma papilar digital agresivo es un tumor maligno infrecuente de glándulas sudoríparas ecrinas. Se trata de tumores más frecuentes en varones entre la 5ª-7ª décadas de la vida. Tienen una presentación clínica muy variada que hace difícil su sospecha clínica inicial, imitando tumores benignos y retrasándose por tanto su diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Suelen comenzar como nódulos indolores con una piel de base engrosada. Histológicamente presenta una epidermis con hiperqueratosis y acantosis, con una zona de Grenz. Además, se hacen patentes áreas nodulares y quísticas con crecimiento papilar en un estroma hialino. Típicamente, tienen riesgo de recurrencias locales y potencialmente pueden dar metástasis a distancia (con mayor frecuencia en pulmón), aunque por su crecimiento lento se consideran tumores de bajo grado de agresividad. Se tiene que hacer el diagnóstico diferencial de estas lesiones no solo con tumores primarios, sino con metástasis de adenocarcinomas papilares de origen mamario, tiroideo o pulmonar. El tratamiento es quirúrgico (cirugía conservadora frente a amputación funcional), siendo controvertida la idoneidad de realizar biopsia selectiva de ganglio centinela por no estar demostrado su impacto en la supervivencia de los pacientes. Los beneficios de la quimio- o radioterapia en estadios avanzados son variables.

P55. LESIONES VITÍLIGO-LIKE SECUNDARIAS A NIVOLUMAB EN PACIENTE CON MELANOMA TIPO ANIMAL

T. Ródenas Herranz, F.M. Almazán Fernández, L. Linares González, J.M. Llamas Molina y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. Nivolumab es un anticuerpo monoclonal contra los receptores de muerte celular programada 1 (PD-1). Entre sus efectos secundarios, la despigmentación vitíligo-like ha sido descrita en numerosos pacientes. El anticuerpo anti-PD-1 promueve la activación de las células T CD8+ y la secreción de citocinas, involucradas en su efecto terapéutico pero también en la patogénesis del vitíligo.

Caso clínico. Varón de 77 años que consulta por una lesión nodular en cuero cabelludo, oscura y de crecimiento rápido en los últimos 3 meses. Presentaba además 2 pápulas azuladas de 2 mm. La histología tras la extirpación de las lesiones fue compatible con melanoma tipo animal y satelitosis. El índice de Breslow fue de 4 mm. La biopsia selectiva de ganglio centinela laterocervical derecha mostraba metástasis por lo que se realizó linfadenectomía cervical. El estudio de extensión con TAC toracoabdominal informaba de metástasis múltiples bipulmonares, hepáticas y adenopatías cervicales, torácicas y abdominales. La resonancia magnética cerebral mostró una metástasis cerebral única. El paciente fue sometido a radiocirugía de la lesión cerebral, radioterapia en zona cervical y se inició tratamiento con nivolumab. A los 4 meses del inicio de la inmunoterapia, presentó zonas de leucotriquia en cuero cabelludo, coincidentes con el trayecto de las satelitosis cutáneas. En la última revisión, un año después del diagnóstico, el paciente permanece estable, sin datos de progresión de enfermedad.

Discusión. Los inhibidores de PD-1 pueden presentar como eventos adversos cutáneos reacciones liquenoides o eccematosas, prurito y despigmentación vitíligo-like. La aparición de estos efectos secundarios se ha relacionado con una menor probabilidad de progresión de la enfermedad en comparación con los pacientes que no los de-

sarrollan. La mediana de tiempo hasta el inicio del vitíligo es de unos 5 meses y las lesiones suelen aparecer en áreas fotoexpuestas como la cara, el cuero cabelludo y las manos. Nuestro paciente presentaba un melanoma tipo animal o melanoma equino, una variante infrecuente de melanoma maligno. A pesar de desarrollar metástasis locorregionales y a distancia, estos pacientes presentan una tasa de mortalidad inferior a la de otros tipos de melanoma. Describimos el primer caso que conozcamos de leucotriquia secundaria a nivolumab sin vitíligo en otras localizaciones.

P56. CARCINOMA ESPINOCELULAR AGRESIVO EN PACIENTE TRATADO CON RUXOLITINIB. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Méndez Abad^a, C. Ceballos Cauto^a, L. Ossorio García^a, A. Gutiérrez Gallardo^b y M.Á. Romero Cabrera^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerto Real. España.

El ruxolitinib es un fármaco oral inhibidor de la JAK quinasa 1 y 2 indicado para el tratamiento de la mielofibrosis y la policitemia vera con eficacia superior al tratamiento estándar. En el último estudio de eficacia y seguridad a 5 años se observó una incidencia del 17,1% de cáncer cutáneo no melanoma en pacientes tratados con ruxolitinib vs. 2,7% en el grupo con tratamiento estándar. En los últimos años se han publicado varios casos de desarrollo de cáncer cutáneo agresivo y con potencial metastásico en estos pacientes. Presentamos el caso de un varón de 63 años con antecedentes de mielofibrosis tratado con ruxolitinib desde 2012. Es derivado por presentar tumoración interparietal izquierda y lesión eritematosa descamativa no infiltrada en anhelix derecho. A las 2 semanas de la extirpación de la tumoración interparietal (carcinoma espinocelular) desarrolló infección de la herida quirúrgica y progresión de la lesión auricular. A las 3 semanas a la exploración quirúrgica la tumoración afectaba prácticamente la totalidad del anhelix adentrándose hacia conducto auditivo y se observaba eritema en región parotídea derecha con dolor a la palpación. Dada la progresión de la lesión, se toma biopsia cutánea y se deriva al servicio de Otorrinolaringología que con el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma espinocelular pobremente diferenciado y TAC sin hallazgos significativos decide cirugía. A las 2 semanas la lesión había progresado, observándose de forma intraoperatoria afectación cervical. Se procede a extirpación del pabellón auricular, hemiparotiroidectomía derecha y disección ganglionar cervical derecha. En el seguimiento posquirúrgico a las 3 semanas de la cirugía el paciente presentó recidiva locorregional. Se pautó tratamiento con radioterapia y quimioterapia (cisplatino y 5 FU) con falta de eficacia. Paciente actualmente en cuidados paliativos. Es conocido que los pacientes en tratamiento con inmunosupresores tienen aumento de riesgo de cáncer cutáneo no melanoma. Concretamente la vía JAK/STAT es importante para la regulación de la inflamación y la respuesta inmune. Dados los nuevos casos descritos de carcinomas cutáneos agresivos en pacientes tratados con estos fármacos es recomendable realizar revisiones periódicas en estos pacientes siendo imprescindible conocer esta asociación por parte del dermatólogo.

P57. CARCINOSARCOMA CUTÁNEO: ANÁLISIS CLÍNICO, HISTOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE 7 CASOS

F. García Souto^a, J.J. Pereyra Rodríguez^b, R. Cabrera Pérez^c, A.J. Durán Romero^b, J. Escudero Ordóñez^a y J. Conejo-Mir^b

^aServicio de Dermatología. Hospital de Valme. ^bServicio de Dermatología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinosarcoma cutáneo es un tumor bifásico raro compuesto por elementos epiteliales y mesenquimales

maligros. Existe poca información en la literatura sobre las características clínicas e histopatológicas de este tipo de tumor. El propósito de este estudio fue investigar las características clinicopatológicas e inmunohistoquímicas del carcinosarcoma primario cutáneo.

Métodos. Revisamos retrospectivamente los pacientes diagnosticados de carcinosarcoma primario cutáneo en los hospitales Virgen de Valme y Virgen del Rocío.

Resultados. Se recopilaron 7 pacientes (5 hombres y 2 mujeres) con una media de edad al diagnóstico de 75,86 años (44-91 años). El tamaño medio de los carcinosarcomas recogidos fue de 49 mm (30-80 mm). La localización más frecuente fue la cara (3/7; 42,9%), seguido del cuero cabelludo (2/7; 28,6%). La sospecha diagnóstica más recogida fue un carcinoma basocelular (3/7; 42,9%). Histológicamente, la mayoría presentó en la porción epitelial del tumor un carcinoma espinocelular (4/7; 57,1%), seguido de un carcinoma basocelular (2/7; 28,6%). Todos demostraron características inmunohistoquímicas variables.

Conclusiones. Aunque el número de casos recogido es limitado, nuestro estudio aporta información valiosa sobre las características clínicas e histopatológicas del carcinosarcoma cutáneo.

P58. LINFOMA B CUTÁNEO EXTENSO CON EXCELENTE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ACITRETINO Y PUVA

D. Moyano Bueno, A. Viñolas Cuadros, M. Roncero Riesco, J. Cañueto Álvarez y C. Román Curto

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

Introducción. Dentro de los linfomas cutáneos primarios B, el linfoma cutáneo primario centrofolicular (LCPCF) se define como una proliferación neoplásica de las células del centro germinal, limitada a la piel. Una presentación clínica distintiva con placas y tumores en la espalda que se expanden centrífugamente se ha descrito como "reticulohistiocitoma del dorso" o "linfoma de Crosti".

Caso clínico. Varón de 62 años que consultó por lesiones cutáneas asintomáticas localizadas en espalda de 10 años de evolución. Refería periodos de empeoramiento y de remisión parcial y que mejoraba tras la exposición solar. A la exploración, afectando una gran extensión de la espalda, se apreciaban placas infiltradas eritematosas, de morfología arciforme, junto a lesiones nódulo-tumorales. No presentaba síntomas B. El estudio dermopatológico reveló la existencia de un linfoma B con inmunofenotipo CD20+, CD3-, CD4-, CD30+, BCL6+, CD10-, ki67>90, VEB-, C-myc>20%, P53- y MUM1-, consistente con LCPCF. El estudio de extensión descartó afectación extracutánea. Dado el curso indolente y su mejoría con la exposición solar decidimos realizar tratamiento con PUVA asociado a acitretino (25 mg/día), y corticoide tópico o intralesional, con una mejoría rápida, consiguiendo remisión completa (RC) a los 3 meses. Presento dos recaídas muy localizadas con lesiones que se resolvieron asociando corticoide intralesional. Se encuentra en RC 11 meses después del diagnóstico manteniendo únicamente tratamiento con acitretino.

Discusión. Nuestro paciente presenta un LCPCF tipo Crosti (localización en espalda, varón de edad media, larga evolución). El tratamiento de los linfomas B cutáneos, tanto del LPCCF extenso como del LBDCG (no susceptibles por su extensión de radioterapia) es rituximab, asociándose a CHOP en formas generalizadas. Los retinoides se usan en el tratamiento de los linfomas cutáneos T y no tienen indicación en los linfomas B. Teniendo en cuenta el curso indolente, la mejoría tras exposición solar y el estudio de Khashoggi, decidimos iniciar tratamiento con PUVA y acitretino, consiguiendo remisión completa que se mantiene actualmente.

Conclusión. Presentamos a un paciente con un linfoma B cutáneo extenso de larga evolución con excelente respuesta al tratamiento con acitretino y PUVA, que de confirmarse en otros pacientes permitiría un tratamiento con escasos efectos secundarios.

P59. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL TRATAMIENTO INTRALESIONAL CON RITUXUMAB DE UN LINFOMA CUTÁNEO EN PUNTA NASAL

P. Pérez-Feal^a, M. Pousa-Martínez^a, J.M. Suárez-Peñaranda^b, D. Sánchez-Aguilar^a y H.A. Vázquez-Veiga^a

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

Antecedentes y objetivos. La ecografía es una técnica útil en el diagnóstico de linfomas cutáneos, permitiendo delimitar sus márgenes y detectar recidivas. Presentamos el caso de un paciente con un linfoma B de la zona marginal de punta nasal, mal delimitado clínicamente, en el que se ha empleado la ecografía para guiar el tratamiento intralesional con rituximab y evaluar recidivas posteriores.

Caso clínico. Varón de 54 años que consultó por una lesión en punta nasal de dos meses de evolución, asintomática. A la exploración, se objetivó en la localización mencionada una lesión tumoral de límites imprecisos, tonalidad rojo-violácea y consistencia firme. Se realizó una ecografía donde se observó una lesión hipoecoica, homogénea, situada en la unión dermoepidérmica sin realce con modo Doppler color. Se realizó una biopsia compatible con un linfoma no hodgkiniano B de bajo grado de la zona marginal. El estudio de extensión fue negativo. En conjunto con Hematología, se decidió el tratamiento con rituximab intralesional. Debido a la mala delimitación clínica de la lesión, se realizó dicha infiltración mediante un mapeo guiado con ecografía, realizándose la infiltración de rituximab en 4 cuadrantes, administrándose en cada uno 1 ml. El paciente recibió 4 sesiones separadas una semana entre sí. La lesión se resolvió clínicamente y ecográficamente. Se ha realizado seguimiento clínico y ecográfico semestral sin demostrar signos de recidiva hasta la actualidad.

Discusión. El rituximab es un tratamiento eficaz en los linfomas cutáneos. Su administración intralesional permite unos excelentes resultados clínicos sin prácticamente efectos adversos. Sin embargo, la mala delimitación de las lesiones en la clínica puede infraestimar el tamaño real del tumor y dificultar el tratamiento intralesional. Por ello, la ecografía nos permite determinar las características de la lesión, sobre todo en cuanto a su extensión y sus márgenes. Estudios recientes demuestran además la utilidad de la ecografía en la monitorización de la respuesta terapéutica, como fue nuestro caso.

Conclusión. Proponemos un caso de un linfoma de zona marginal donde la ecografía ha sido fundamental para la delimitación de la lesión y guiar el tratamiento intralesional. Además, ha permitido realizar el seguimiento de la lesión con el fin de detectar las posibles recidivas lo más rápido posible.

P60. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS CON TRANSFORMACIÓN FIBROSARCOMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Cases Mérida^a, A. Ortiz Prieto^a, J. Márquez Enríquez^a, R. Martínez Castillo^b y R. Peña Sánchez^a

^aServicio Dermatología. ^bServicio Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Jerez. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor de bajo grado, de crecimiento lento e infiltrativo. Cuando existe una transformación fibrosarcomatosa se ha observado un mayor riesgo de metástasis y peor pronóstico.

Caso clínico. Mujer de 22 años que consultó tras reaparición de placa eritematosa ulcerada de 3 cm que había aparecido sobre una antigua cicatriz. La paciente había sido intervenida en otro centro 8 meses antes con un diagnóstico histológico de dermatofibroma con márgenes afectos. Se solicitó una revisión de la pieza quirúrgica.

ca. Se observó una proliferación fusocelular con dos áreas bien diferenciadas: por una parte, células monomorfas con un patrón estoriforme CD34+ y actina del músculo liso-, y por otro lado, un área del 20% total conformado por fascículos de células atípicas con patrón inmunohistoquímico invertido (CD34-, activa+) sugestivo de dermatofibrosarcoma protuberans con cambios fibrosarcomatosos. Se realizó exéresis de la lesión con técnica de Mohs en diferido. Dados los hallazgos, se decidió seguimiento estrecho y despistaje de enfermedad a distancia mediante TAC de tórax y abdomen.

Discusión. El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor de bajo grado y crecimiento lento. Es típico en adultos jóvenes afectando tronco (50-60%) o raíz de miembros (20-30%). En la mayoría de los casos hay una escasa capacidad metastásica (< 3%). No obstante, existe una variante fibrosarcomatosa caracterizada por proliferación de células fusiformes distribuidas en un patrón fascicular en espina de pescado, con > 5 mitosis y atipia celular, donde es habitual que la inmunotinción de CD34 sea débil o negativa. En estos casos, se ha observado un mayor riesgo de metástasis (10-15%) –incluso extrapulmonares– y mayor mortalidad, por lo que se recomienda realizar TAC toracoabdominal en su seguimiento, aunque no está bien protocolizado. Parece que la cirugía de Mohs en diferido es el tratamiento de elección aunque existen controversias por escasa evidencia, por lo que para algunos autores la exéresis amplia con un margen de 2 cm continúa siendo el tratamiento de elección.

P61. USO DE CEMPLIMAB EN CARCINOMA CUTÁNEO ESCAMOSO LOCALMENTE AVANZADO

I. Balaguer Franch, A. Mateos Mayo, C. Ciudad Blanco, R. Suárez Fernández y M. Bergón Sendín

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

Introducción. El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) avanzado se define como aquel tumor no subsidiario de tratamientos quirúrgicos o radioterapia por progresión local o por diseminación avanzada. Cemiplimab es un anticuerpo inhibidor de PD-1 recientemente aprobado por la FDA como tratamiento de estos tumores. Presentamos el primer caso tratado en nuestro centro con dicho fármaco.

Caso clínico. Paciente varón de 89 años que consulta por CEC malar izquierdo de rápido crecimiento. Recibió tratamiento con metotrexato intralesional seguido de extirpación radical con márgenes libres. Seis meses después de esta cirugía, presentó recidiva clínica que se trató de nuevo quirúrgicamente. El estudio histológico fue de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado con margen profundo afecto, sin evidencia de ganglios locorregionales ni de enfermedad a distancia en la TAC. Se inició radioterapia local, pese a la cual se produjo una progresión de la enfermedad, con aparición de una úlcera malar izquierda que alcanzaba hueso mandibular y asociaba importante dolor neuropático. Por la edad y comorbilidades del paciente, se desestimó un nuevo tratamiento quirúrgico así como quimioterapia paliativa y se propuso tratamiento con cemiplimab 350 mg cada 21 días. Hasta el momento actual, el paciente ha recibido 8 dosis del mismo, con mejoría clínica de la lesión y disminución del dolor. Como único efecto secundario, ha presentado sequedad mucocutánea grado II.

Discusión. Hasta hace poco, las opciones terapéuticas para el CEC avanzado no subsidiario de cirugía ni radioterapia eran la quimioterapia clásica, el cetuximab, o las combinaciones de ambos. La inmunoterapia con inhibidores de PD-1 ha demostrado superioridad frente a estas opciones, por lo que en 2018 la FDA aprobó el uso de cemiplimab para esta indicación. La dosis recomendada es de 350 mg intravenosos cada 3 semanas hasta progresión de la enfermedad y/o toxicidad inaceptable. Entre los efectos adversos frecuentes se han descrito diarrea, cansancio y erupciones cutáneas; de forma rara pueden producirse complicaciones inmunomediadas.

Conclusión. La inmunoterapia con anti-PD-1 abre una nueva vía terapéutica en el manejo de estos tumores, aunque son necesarios más estudios para describir efectividad y efectos secundarios.

P62. TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO CON VISMODEGIB

C. Ceballos Cauto, M.Á. Romero Cabrera, C. Méndez Abad y L. Ossorio García

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real. España.

Antecedentes. El carcinoma basocelular (CBC) es la neoplasia maligna más frecuente de la raza blanca. En el síndrome de Gorlin (enfermedad autosómica dominante que predispone al desarrollo de CBC múltiples) y en la mayoría de los CBC esporádicos, se produce una sobreexpresión de la vía Sonic hedgehog (SHH). Vismodegib es el primer inhibidor de la vía SHH aprobado para el carcinoma basocelular metastásico (CBCm) y localmente avanzado (CBCla) no candidato a cirugía y radioterapia.

Nuestra experiencia. Presentamos 5 casos de CBCla tratados con vismodegib. Se trata de 2 hombres y tres mujeres con edades comprendidas entre los 51 y los 87 años. Uno de los casos tenía como antecedente personal de interés padecer un síndrome de Gorlin y en el momento de iniciar el tratamiento presentaba más de 10 CBC destacando uno con afectación del CAE. En los otros 4 casos los CBC se localizaban 2 en el mentón (patrón infiltrativo) y 2 en cuero cabelludo (patrón superficial y basoescamoso). En 3 de los casos se obtuvo respuesta clínica completa tras una media de tratamiento de 5,3 meses; en los 2 restantes se interrumpió el tratamiento por astenia y pérdida de más del 10% del peso corporal antes de obtenerla. Uno de los casos se ha remitido a RT, en el otro se han reforzado las medidas dietéticas y la intención es retomar el tratamiento (actualmente lleva un mes de descanso sin signos de progresión). Todos han presentado acontecimientos adversos, siendo constantes los calambres musculares y la disgeusia. No se ha detectado ningún CEC durante o tras la suspensión del tratamiento. A destacar la reducción rápida del dolor que se obtuvo en 2 de los casos en los que ese era un síntoma predominante. Con respecto a la respuesta tras la suspensión del tratamiento, en el caso del síndrome de Gorlin tardaron 11 meses en reaparecer los CBC y los otros 2 casos que consiguieron respuesta clínica completa se mantienen en remisión tras 4 años y 4 meses de seguimiento respectivamente.

Conclusiones. Vismodegib es una alternativa cómoda (un comprimido de 150 mg diario) y eficaz para el tratamiento del CBCla no candidato a cirugía y RT. Los acontecimientos adversos son la norma pero la mayoría de las veces son de carácter leve a moderado y ceden tras la suspensión del tratamiento. Los descansos son posibles, no evidenciándose pérdida de respuesta.

P63. PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE UN CASO SIMULTÁNEO DE CARCINOMA ESCAMOSO Y MELANOMA AVANZADOS

V. Mora Fernández, A. Boada, A. Jaka, M.J. Fuente y C. Ferrándiz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Introducción. El manejo del melanoma y del carcinoma escamoso (CE) de alto riesgo es complejo y debe hacerse de forma multidisciplinaria. La complejidad aumenta cuando estos tumores aparecen simultáneamente.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 83 años con antecedente de melanoma de Breslow 0,6 mm en dorso nasal extirpado en 2007 que fue reintervenido en 2010 por satelitosis aislada.

Consultó a nuestro servicio 8 años después por gran tumoración en labio inferior de 9 meses de evolución sugestiva de carcinoma escamoso, así como adenopatías pétreas palpables en ambos territorios cervicales. Sin afectación a distancia. Se realizó cirugía radical y vaciamiento cervical bilateral. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de CE de labio infiltrante con metástasis ganglionares de CE bilateral y además afectación por melanoma en territorio cervical izquierdo. Por rápida progresión de la enfermedad en forma de satelitosis de CE adyacentes, se desestimó radioterapia y se inició tratamiento con pembrolizumab. La paciente presentó excelente tolerancia al fármaco y regresión de las lesiones cutáneas a la cuarta semana con mantenimiento de la respuesta local y a distancia hasta la actualidad (6 meses de tratamiento).

Discusión. El caso presentado ilustra la complejidad del tratamiento de una paciente con dos neoplasias avanzadas. La aparición hace casi una década de la terapia diana y posteriormente de la inmunoterapia han revolucionado el tratamiento del melanoma metastásico. Por otro lado, la aparición de series cortas de pacientes con CE que responden al tratamiento con inmunoterapia anti-PD1 ofrece mejor pronóstico para estos pacientes. Se ha visto que el CE de cabeza y cuello presenta una gran carga de mutación tumoral, con sobreexpresión de neoantígenos como PD1 ligando, lo cual hace que sea susceptible de responder favorablemente a inmunoterapia. Una reciente revisión sistemática de la eficacia de los fármacos anti-PD1 en pacientes afectados de CE de cabeza y cuello mostraba una supervivencia significativamente mayor en los pacientes tratados con anti-PD1, entre ellos pembrolizumab, respecto a aquellos tratados con quimioterapia convencional. En el presente caso se ha aprovechado la indicación de pembrolizumab para el tratamiento adyuvante del melanoma concomitante para tratar la progresión local del CE que la paciente presentaba.

P64. DERMATOSIS PURPÚRICA DE EVOLUCIÓN INSIDIOSA

H. Perandones González^a, P. Sánchez Sambucety^a, M.A. González Morán^b, C. Olmos Nieva^a, R. Linares Navarro^a, J. Castiñeiras González^a y M.Á. Rodríguez Prieto^a

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

Caso clínico. Mujer de 28 años que presentaba lesiones intensamente eritematosas inicialmente en glúteos, extendiéndose posteriormente a cara lateral de raíz de muslos, codos, rodillas, pómulos, párpados superiores ambos ojos, brazos, cara dorsal ambas manos, tobillos y cara posterior ambas piernas. La paciente estaba asintomática y refería mejoría parcial en verano y empeoramiento en épocas de estrés, invierno y con el frío. A la exploración eran lesiones maculosas eritematovioláceas con un componente de queratosis pilar en muslos y disminución de temperatura de las zonas afectadas. No existía afectación de mucosas. Hematimetría, perfil bioquímico, estudio de autoinmunidad y serologías sin alteraciones. A lo largo de 8 años las lesiones se fueron haciendo más violáceas, purpúricas sobre todo en las piernas y palpables. La paciente es biopsiada en 8 ocasiones y visitó varios dermatólogos, inmunólogos, reumatólogos y hematólogos de diferentes regiones del país, recibiendo diferentes diagnósticos diferenciales: paniculitis por frío, perniosis, escorbuto, dermatitis del sofá, amiloidosis, pitiriasis rubra pilaris, eritrocianosis, conectivopatías, enfermedad de Lyme, dermatosis purpúrica pigmentada, linfoma cutáneo. En la última biopsia se observa exocitosis de linfocitos en fila india, infiltrado linfocítico perivascular superficial y profundo junto con dilatación vascular. Abundante hemosiderina en toda la dermis con hemosiderófagos. Reordenamiento monoclonal TCR. Se diagnosticó de micosis fungoide purpúrica T1bN0M0B0 y se inició tratamiento con PUVA con excelente respuesta. Desafortunadamente la paciente desarrolló al año un melanoma y se cambia a bexaroteno con respuesta parcial.

Métodos. Estudio de evolución clínica, histológica e inmunológica en las biopsias realizadas a la paciente con carácter retrospectivo. **Resultados.** Las fases tempranas de una micosis fungoide pueden presentarse con manifestaciones cutáneas clásicas o atípicas, siendo su diagnóstico un reto. La micosis fungoide tipo purpura pigmentada es una variante muy poco frecuente, descrita por Bazin en 1876. Esta variante guarda relación clínica, histológica y biológica con las dermatosis purpúricas pigmentadas y se ha propuesto un espectro continuo entre estas dos entidades. En nuestra paciente, el estado premicótico puede corresponderse con una dermatosis purpúrica pigmentada.

P65. PACIENTE CON RETICULOSIS PAGETOIDE Y LINFOMA CUTÁNEO ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES T CD30 POSITIVO

I. Polo Rodríguez^a, S. Medina Montalvo^a, A. Rodríguez Villa Lario^a, D. Vega Díez^a y M.D. Vélez Velázquez^b

^aServicio de Dermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción. Los linfomas primarios cutáneos de células T son un espectro de desórdenes linfoproliferativos que pueden mostrar solapamiento en sus hallazgos clinicopatológicos. Presentamos el caso de una paciente con coexistencia de reticulosis pagetoide y linfoma cutáneo anaplásico de células grandes T CD30 positivo (C-ALCL CD30+). **Caso clínico.** Paciente de 55 años que comienza en 2007 con lesión ulcerada en muñeca izquierda con resultado histológico de reticulosis pagetoide. Se extirpó de forma completa. En 2012 la paciente presentó otra lesión en antebrazo derecho con el mismo diagnóstico. En el mismo año, la paciente refirió nueva lesión cervical que se extirpó, resultando un linfoma de C-ALCL CD30+. El estudio de extensión no mostró hallazgos reseñables (pruebas de imagen, analíticas y estudio de médula ósea). En marzo de 2018 la paciente presentó nueva lesión cervical izquierda de crecimiento brusco que se extirpó siendo un nuevo C-ALCL CD30+. Se repitió el estudio de extensión que resultó negativo. La paciente se mantiene asintomática en la actualidad.

Discusión. La reticulosis pagetoide es una forma poco frecuente de linfoma cutáneo de células T considerado un subtipo de micosis fungoide, de muy buen pronóstico que no suele estar asociado a diseminación sistémica ni ser causa de muerte. El 50% de los casos son CD30 positivos lo que sugiere una relación con otros trastornos linfoproliferativos CD30 positivos incluyendo el C-ALCL y la papulosis linfomatoide. El C-ALCL CD30+ se define por un infiltrado de la dermis profunda de linfocitos atípicos con más del 75% de las células expresando CD30. La clínica es variable pero generalmente consiste en un nódulo o grupo de nódulos limitados a una zona que suelen ulcerarse formando costras. Nuestra paciente ha tenido lesiones aisladas solitarias que han recurrido en dos ocasiones lo que lo diferencia de una papulosis linfomatoide. Los C-ALCL pueden desarrollarse secundariamente a una micosis fungoide. En nuestra paciente las dos lesiones de linfoma CD30+ precedido de dos lesiones de MF sugiere la coexistencia de ambas enfermedades más que una transformación de la MF dado que la paciente ha presentado una evolución favorable y está asintomática en el momento actual.

P66. HEPATITIS TÓXICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON VISMODEGIB

D. de Perosanz Lobo, S. Bea Ardebol, A. Arana Raja, M. Molins Ruiz, P. Burgos Blasco, Ó. Muñoz Moreno-Arrones y L. Ríos Buceta

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

Antecedentes y objetivos. El vismodegib es un inhibidor de la vía Hedgehog utilizado en el tratamiento de carcinomas basocelulares metastásicos o localmente avanzados. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen los calambres musculares, disgeusia, alopecia, pérdida de peso y astenia. Presentamos un caso de hepatotoxicidad asociada a vismodegib en un paciente sin antecedentes de hepatopatía previa.

Caso clínico. Varón de 67 años sin antecedentes de interés, remitido por carcinoma basocelular infiltrativo localmente avanzado en párpado inferior derecho, con afectación de canto interno, carúncula y conjuntiva. Se inició tratamiento con vismodegib (Erivedge®, Genentech, CA, EE. UU.) 300 mg/día, de cara a disminuir tamaño tumoral previo al tratamiento quirúrgico. Tres meses después, el tamaño tumoral había disminuido y el único efecto secundario había sido la disgeusia. Sin embargo, se detectó una elevación asintomática de transaminasas, con cifras de hasta 4 veces el límite superior de GOT y GPT, por lo que se retiró el vismodegib y se remitió al paciente a Gastroenterología. El estudio etiológico de hepatitis fue normal, incluyendo ecografía y serologías virales, aunque se detectó serología positiva para VHC sin replicación viral activa. La analítica se normalizó un mes después de la suspensión de la medicación, por lo que se diagnosticó de hepatitis medicamentosa secundaria a vismodegib. Se reinició dicho tratamiento a dosis bajas (150 mg a días alternos), sin haberse evidenciado hasta ahora nuevos episodios de citólisis.

Discusión. Aunque se considera un efecto secundario raro, se han reportado casos aislados de hepatotoxicidad asociada a vismodegib, tanto de patrón colestásico como de patrón citolítico. En la mayoría de las ocasiones, las alteraciones analíticas se detectan en las primeras semanas o meses de tratamiento. Aunque habitualmente es leve y se resuelve tras disminución de dosis o retirada del fármaco, existen casos de hepatitis graves que han causado la muerte del paciente, por lo que la vigilancia debe ser muy estrecha.

Conclusiones. La hepatotoxicidad, aunque rara, es un posible efecto secundario del tratamiento con vismodegib que debemos tener en cuenta. Se necesitan más estudios para aclarar la incidencia real de este efecto secundario, así como sus mecanismos patogénicos.

P67. REGRESIÓN TUMORAL COMPLETA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, ENTIDAD INFRECUENTE DE BUEN PRONÓSTICO

M. Pousa-Martínez^a, G. Pita da Veiga^a, M.D. Sánchez-Aguilar^a, C. Aliste^b y H. Vázquez-Veiga^a

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

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor agresivo poco frecuente. La regresión tumoral (RT) es un dato de buen pronóstico, pero rara. Presentamos un caso de RT de CCM tras biopsia tumoral.

Caso clínico. Mujer de 84 años, hipertensa que consulta una lesión de rápido crecimiento en la mejilla derecha. La exploración dermatológica reveló un tumor mal delimitado, eritematovioláceo, consistencia pétreo de 8 mm de tamaño. Se realizó una ecografía cutánea, con una sonda lineal de 18 MHz que mostró una lesión hipocóica, heterogénea a nivel dermohipodérmico, con proyecciones en profundidad, sin alcanzar plano muscular y aumento de vascularización intralesional en el modo Doppler color. Ante la sospecha de un CCM se realizó una biopsia tipo punch eco-guiada y estudio anatomopatológico que confirmó el diagnóstico de CCM. Tras la discusión del caso en el comité de tumores se decidió realizar un estudio de extensión tipo PET/TAC y la extirpación tumoral mediante cirugía controlada microscopio diferida. El estudio de extensión confirmó la presencia tumoral con unas dimensiones de 8 × 4,4 mm de tamaño. Siete semanas tras el mismo, se realizó la

cirugía de la zona que clínicamente había desaparecido, comprobándose la ausencia de proceso neoplásico en el estudio histológico. Nos encontramos ante una RT completa tras biopsia tumoral. La paciente continúa actualmente en revisiones periódicas desde hace un año, sin datos de recidiva.

Discusión. La RT se define como la desaparición tumoral de manera espontánea, en ausencia de tratamiento. Existen varias hipótesis al respecto de la RT, algunos autores postulan que, tras la noxa provocada por la biopsia tumoral, se produce la liberación vírica del poliomavirus (virus implicado en la génesis tumoral) con la consiguiente activación inmunitaria y combate las células tumorales infectadas por el virus. Otros autores defienden el papel de la inmunidad celular. La RT de CCM implica un buen pronóstico, sin recidivas locales o a distancia, pronóstico que no ocurre en otros tumores cutáneos tras su regresión. La serie más grande publicada al respecto fue en 2010 con 22 casos de regresión de CCM. En conclusión, aportamos un nuevo caso de CCM con RT completa tras biopsia tumoral y sin datos de recidiva tras un año de seguimiento.

P68. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA

A. Rodríguez Villa Lario^a, E. Sánchez Gómez-Aparici^a, A. Gómez Zubiaur^a, L. Trasobares-Marugán^a y M.D. Vélez Velázquez^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Mujer de 73 años, con antecedentes de cáncer de mama 5 años antes, es remitida a consulta por presentar una tumoración de un año de evolución a nivel de articulación interfalángica distal del segundo dedo de la mano izquierda, asintomática, con crecimiento progresivo indolente. A la exploración física se objetivaba en la cara dorsal dicha articulación una tumoración de aproximadamente 1 cm conformada por tres nódulos agrupados, de consistencia dura al tacto. La flexoextensión de la articulación se encontraba comprometida parcialmente. Se realizó estudio ecográfico en consulta con sonda de alta resolución 22 Mhz, visualizándose una lesión en dermis y tejido celular subcutáneo, bien delimitada, heterogénea, con áreas isoecogénicas y otras hipocogénicas. Estudio Doppler negativo. Se solicitó una resonancia magnética de la zona, que objetivó una lesión nodular subcentimétrica en probable asociación a la vaina del tendón extensor del segundo dedo. Se remitió a quirófano para exéresis. El estudio histológico reveló una proliferación celular conformada por fibroblastos e histiocitos, con presencia de células gigantes grandes multinucleadas "osteoclastos-like", con depósito de hemosiderina. Se realiza inmunohistoquímica, que resulta positiva para CD68 con negatividad para Melan-A y CK AE1-AE3. El tumor de células gigantes de la vaina sinovial (TCGVS) es el tumor más frecuente de la mano después del ganglión. Se manifiesta como un nódulo firme en la mano o en un dedo. Es de crecimiento lento y se fija a las estructuras subcutáneas. Generalmente es asintomático, aunque puede existir dolor. Histológicamente el TCGVS presenta sábanas de histiocitos epitelioides con un número variable de células gigantes multinucleares, con hasta 50 núcleos, similares a osteoclastos. Algunos histiocitos pueden tener citoplasma espumoso pálido. En estudio citogenético tiene translocaciones características, que fusiona el gen del factor 1 estimulante de colonias y el del colágeno tipo VI -3. Al estudio por RMN típicamente muestra señal baja o intermedia ponderadas en T1 o T2 debido a la presencia de hemosiderina. La ecografía muestra una masa de partes blandas relacionada con la vaina del tendón que es hipervascular en el Doppler. El diagnóstico diferencial histológico comprende sarcoma epitelioides, sarcoma sinovial y dermatofibroma profundo.

P69. ESTUDIO DE RECURRENCIAS DE MELANOMA CUTÁNEO TRAS BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA

J. Aróstegui Aguilar, L. Loidi Pascual, M. Azcona Rodríguez, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, E. Goñi Gironés y J.I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Objetivos. Investigar los patrones de recurrencia del melanoma cutáneo en nuestra población, incluyendo los factores que pueden influir en la aparición de este evento y el tiempo transcurrido hasta la recaída. Además, determinar el método más frecuente de detección de las recurrencias.

Métodos. Presentamos un estudio de cohortes retrospectivo en pacientes con melanoma cutáneo a los que se ha realizado biopsia de ganglio centinela en nuestro centro de 2002 a 2012 (308 pacientes). Las variables recogidas para cada paciente fueron: edad, género, fecha del diagnóstico de la lesión primaria, localización del melanoma, subtipo histológico de la lesión, índice de Breslow, ulceración, mitosis, estado del ganglio centinela, estadio de la lesión primaria (según 8ª edición AJCC), localización de la primera metástasis diagnosticada, tipo de metástasis, fecha de la primera recaída y si el paciente acabó falleciendo.

Resultados. El tiempo de seguimiento medio de los 308 pacientes fue de 68,3 meses. De todos ellos, el 30% presentó algún tipo de metástasis. Un 47,9% de las recaídas fueron locorregionales y un 52,1% fueron hematoviscerales. La única variable asociada con un mayor riesgo de metástasis hematovisceral (en comparación con metástasis locorregional) fue el estado del ganglio centinela ($p > 0,001$). El tiempo medio entre el diagnóstico de la lesión primaria y la metástasis fue de 2,7 años. La mayoría de los pacientes detectaron la recaída mediante autoexploración o por la presencia de algún tipo de síntoma/signo pudiendo realizar posteriormente pruebas complementarias dirigidas.

Conclusión. Es importante un estrecho seguimiento de los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo, especialmente durante los primeros 5 años tras el diagnóstico del tumor primario. Según nuestro estudio, dentro de los primeros 10 años tras el diagnóstico del tumor primario aparecen más del 95% de las metástasis. El seguimiento debe incluir una exploración física exhaustiva e instrucciones para que los propios pacientes realicen autoexploración para detectar posibles recurrencias.

P70. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO DE ALTO RIESGO EXTENSO EN CUERO CABELLUDO

L. Calzado-Villarreal^a, M.E. Sánchez-Largo^a, M. Herrero-Moyano^a, T. Capusan^a, Y. Pérez-González^b, M. Andreu-Barasoain^a, J. Alcántara-González^a y M. Ruano del Salado^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia más frecuente dentro del grupo de cáncer cutáneo no melanoma. La mayoría de los CEC muestran un comportamiento benigno y pueden ser completamente erradicados mediante cirugía y otros procedimientos dermatológicos. Solo alrededor de un 5% van a presentar metástasis locales y a distancia. Esta proporción será mayor en algunos CEC que presenten determinados factores denominados de alto riesgo. Dentro de este tipo se define la variante de alto riesgo tanto por su mayor riesgo de recidivas locales como de metástasis locales y a distancia. Presentamos el caso de un CEC de gran tamaño, con características clínico-histológicas de alto riesgo, que supuso un reto quirúrgico.

Caso clínico. Varón de 62 años, sin antecedentes médicos de interés. Consultó por placa eritematosa en zona parietal-frontal iz-

quierda, de 5 × 4 cm, con una lesión satélite en región frontal derecha, de aproximadamente un año de evolución, con crecimiento progresivo. Se realizó mapeo para estudio histológico de ambas áreas con diagnóstico de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, no queratinizante. El estudio de extensión resultó sin evidencia de enfermedad metastásica. Se presentó el caso en el Comité de Melanoma y Tumores Cutáneos y se decidió cirugía de Mohs diferida más radioterapia como tratamiento adyuvante. En la reconstrucción se empleó un injerto de piel libre, con muy buena evolución posterior. El diagnóstico final tras extirpación en bloque fue carcinoma epidermoide de cuero cabelludo cT3 cN0, con invasión linfovascular (alto riesgo).

Conclusión. Para los CEC de alto riesgo, la cirugía micrográfica de Mohs diferida es el procedimiento quirúrgico de elección. En nuestro paciente, el gran tamaño del CEC condicionó un defecto que, a pesar de la enorme extensión, se pudo salvar con un injerto de piel libre, con muy buena evolución posterior.

P71. LEIOMIOMATOSIS CUTÁNEA Y UTERINA MÚLTIPLE (SÍNDROME DE REED): UN EJEMPLO DE LA IMPORTANCIA DE LA PIEL COMO CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

M.T. Monserrat García^a, J.J. Domínguez Cruz^a, J. Bernabeu Wittel^a, J.J. Pereyra Rodríguez^a, T. de Zulueta Dorado^b y J. Conejo-Mir Sánchez^a

^aUGD de Dermatología. ^bUGC de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Caso clínico. Mujer de 50 años con antecedente de neoplasia de mama bilateral con mutación BCRA2, con mastectomía bilateral y anexectomía profiláctica. Histerectomía a los 35 años por miomatosis. Antecedentes familiares de Ca mama y ovario. Consultaba por lesiones en hombro derecho de 10 años de evolución, dolorosas al roce. En los últimos años, han aparecido lesiones dispersas similares en brazos, espalda, abdomen. Clínicamente consistían en lesiones papulonodulares firmes dolorosas a la presión. El estudio histopatológico de una de las lesiones confirmó la sospecha clínica de piloleiomioma. Se solicitó estudio genético, estando pendiente de resultado.

Discusión. Los leiomiomas cutáneos o leiopiloleiomiomas son tumores benignos derivados del músculo liso, procedentes del músculo erector del pelo. Pueden presentarse de forma esporádica o en el contexto del síndrome de Reed o leiomiomatosis cutánea y uterina múltiple (MCUL), en el que se acompañan de leiomiomas uterinos múltiples (90%) y de carcinoma de células renales (15%). Se trata de un síndrome de transmisión AD por mutación inactivadora del gen de la fumarato hidratasa, enzima que interviene en el ciclo de Krebs. Clínicamente consisten en pápulas o nódulos eritematoparducos de tacto firme, que pueden presentarse de forma dispersa, segmentaria o diseminada. El dolor es el síntoma más común y se desencadena por el roce, frío o presión local. Se han propuesto unos criterios clínicos de sospecha: múltiples leiomiomas cutáneos, historia familiar, leiomiomas uterinos precoces (< 40 años), carcinoma renal de células papilares en < 40 años. El diagnóstico definitivo se basa en el estudio genético. El tratamiento de elección es quirúrgico si el número y la extensión lo permiten, aunque la recurrencia es elevada (50%). Otras opciones terapéuticas: láser de CO₂, corticoides intralesionales, evitar el frío, calcioantagonistas tópicos, pregabalina o gabapentina. Dada la relación con el CCR, se recomienda seguimiento clínico y RMN cada 6-12 meses.

Conclusión. MCUL es una genodermatosis infrecuente con predisposición al cáncer, en el que el dermatólogo tiene un papel fundamental en el diagnóstico, que debemos realizar de forma precoz para realizar consejo genético y para no demorar el screening de las neoplasias asociadas, tanto en el paciente como en los familiares afectos.

P72. MELANOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO CON AFECTACIÓN METASTÁSICA EXTENSA

A. García Vázquez, S. Porcar Saura, M. Pons Benavent y M.D. Ramón Quiles

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

Introducción. El melanoma de origen desconocido (MOD) se define como la presencia de metástasis de melanoma confirmada histológicamente, sin evidencia de lesión tumoral primaria. Presentamos un caso de MOD con múltiples metástasis cutáneas, viscerales y ganglionares, con progresión de la enfermedad pese a tratamiento con nivolumab.

Caso clínico. Paciente varón de 46 años con antecedentes de hepatopatía por enolismo crónico y consumo ocasional de cannabis y cocaína. Consulta en el Servicio de Urgencias por presentar lesiones tumorales en espalda de 3 meses de evolución, inicialmente diagnosticadas como hematomas, pero que han aumentado rápidamente de tamaño y son dolorosas. Refiere astenia y anorexia acompañantes, sin otra clínica. A la exploración se aprecia en zona lumbar derecha una gran tumoración eritematoviolácea, dolorosa e infiltrada la palpación. Además, presenta en región escapular derecha una tumoración subcutánea móvil, y una gran placa equimótica junto a otro nódulo subcutáneo en axila izquierda. Se palpan adenopatías aumentadas de tamaño en cadenas cervical, axilar y en parrilla costal izquierdas. Se realiza una biopsia del tumor de mayor tamaño, donde se observa una proliferación difusa de células plasmocitoides con núcleo polarizado y pleomórfico, con positividad intensa y difusa para S100 y MELAN-A, negativa para CKAE1AE3 y CD45. Todo ello compatible con infiltración metastásica por melanoma. En la analítica de sangre destaca una LDH elevada de 2017 U/l. Se realiza un bodyTAC donde se observan múltiples implantes peritoneales, retroperitoneales, en tejido celular subcutáneo y musculares; junto con adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares, mediastínicas e ilíacas. Con el diagnóstico de melanoma metastásico de origen indeterminado estadio IV, BRAF no mutado, se inicia tratamiento con nivolumab, pese a lo cual presenta progresión.

Discusión. El MOD supone un 2-6% del total de pacientes con melanoma. Se piensa que se produce por una regresión completa del tumor primario después de producir las metástasis. La afectación ganglionar es la más frecuente, seguida de la subcutánea y la visceral. El pronóstico del MOD parece ser mejor comparado con el de pacientes con el mismo estadio pero con melanoma primario conocido. En la elección del tratamiento se siguen los mismos criterios que en el melanoma de primario conocido.

P73. EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME Y CÁNCER DE MAMA. ¿CASUAL O CAUSAL?

T. Montero Vilchez, M. Sánchez Díaz, A. Rodríguez Tejero, A. Bueno Rodríguez, J. Tercedor Sánchez y S. Arias Santiago

UGC Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Antecedentes. La epidermodisplasia verruciforme (EV) es una enfermedad dermatológica rara caracterizada por la aparición de múltiples pápulas verrugosas cutáneas y máculas de color rojo rosado. Los pacientes con EV, debido a una inmunodeficiencia genética o adquirida, presentan una mayor susceptibilidad a las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) que se consideran inocuas en la población general con riesgo de desarrollar un carcinoma espinocelular. Describimos por primera vez en la literatura un caso de EV asociado a cáncer de mama con resolución de las lesiones tras quimioterapia.

Caso clínico. Una mujer de 56 años sin antecedentes personales de interés acudió a las consultas de dermatología por la presencia de lesiones en abdomen y piernas de 10 años de evolución. En la explo-

ración física se apreciaban múltiples pápulas hiperqueratósicas a nivel de miembros inferiores y abdomen. La luminiscencia con la luz de Wood fue negativa. La biopsia demostró acantólisis epidérmica y la PRC fue positiva para VPH 5. Con los hallazgos clínicos y de las pruebas complementarias se realizó el diagnóstico de EV y se pautó tratamiento con acitretina 10 mg con escasa respuesta tras 6 meses de seguimiento. Posteriormente, la paciente desarrolló un cáncer de mama triple negativo e inició tratamiento con bevacizumab. Un mes después de la finalización del tratamiento las lesiones habían desaparecido.

Conclusión. Existe controversia sobre la asociación causal del VPH con el cáncer de mama a pesar de que el ADN del VPH se encuentra sobrerrepresentado en el cáncer de mama triple negativo. Presentamos por primera vez en la literatura un caso de EV en relación con el cáncer de mama con resolución clínica tras el tratamiento con bevacizumab.

P74. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

E. Esteban-Garrido, F.E. Rojas-Farías, D. Arias-Palomo, H. Álvarez-Garrido y J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo infrecuente y agresivo, de origen neuroendocrino, y que afecta esencialmente a pacientes de edad avanzada y con historia de daño solar.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y descriptivo, de carácter retrospectivo, de los pacientes diagnosticados de CCM en nuestro centro desde 2004 hasta 2019. Mediante la historia clínica electrónica se recogieron datos demográficos, clínicos, histológicos y de tratamiento y supervivencia de los pacientes.

Resultados y discusión. Se incluyó a 9 pacientes diagnosticados de CCM, 7 varones y 2 mujeres, con una mediana de edad de 81 años. Siete pacientes (78%) presentaron afectación ganglionar durante el período de seguimiento. Cuatro de los pacientes (44%) desarrollaron metástasis a distancia. Dos de los pacientes fallecieron específicamente a causa de la enfermedad. Aparte del tratamiento quirúrgico y de los tratamientos quimioterápicos clásicos, 2 de los pacientes de la serie con enfermedad extendida recibieron tratamiento con anticuerpos inhibidores de puntos de control inmunitario (anti-PD).

Conclusión. Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de CCM en nuestro medio, como aportación a las pocas series publicadas en la literatura científica con respecto a esta patología, dada la baja frecuencia de este tipo de tumores.

P75. SARCOMA PLEOMÓRFICO DÉRMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Bandini^a, A. Rodríguez-Villa Lario^a, I. Medina Expósito^b, S. Medina Montalvo^a e I. Polo Rodríguez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción. El sarcoma pleomórfico dérmico (SPD) es un tumor cutáneo de histiogénesis incierta y de características clínicas poco específicas que comparte hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos (IHQ) con el fibroxantoma atípico (FXA), pero con un comportamiento más agresivo.

Caso clínico. Presentamos el caso de varón de 83 años, en seguimiento por múltiples carcinomas basocelulares. En una revisión se

observaron dos tumoraciones en región interparietal clínicamente sugestivas de carcinomas epidermoides (CAE). A la exploración presentaba un nódulo firme de 0,8 cm interparietal anterior recubierto por abundante material queratósico-costroso y otro nódulo ulcerado interparietal posterior de 1,5 cm. Se realizó exéresis profunda de ambas lesiones con márgenes de seguridad. Los resultados histológicos e inmunohistoquímicos mostraron hallazgos compatibles con CAE en la lesión anterior y SPD en la lesión posterior.

Discusión. El SDP es un tumor cutáneo que aparece habitualmente en pacientes ancianos en zonas de piel fotoexpuestas, principalmente en la cabeza y cuero cabelludo. Clínicamente se presenta como un tumor de rápido crecimiento con un tamaño medio de 2-2,5 cm, exofítico, asimétrico, frecuentemente ulcerado. Al desconocerse el origen de este tumor, se realizará un diagnóstico histológico de exclusión. Los hallazgos histológicos son indistinguibles del FXA y los criterios que lo definen y lo distinguen del mismo son la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos: infiltración del tejido celular subcutáneo, infiltración perineural o perivasculosa y presencia de focos de necrosis. Presenta marcadores IHQ inespecíficos como la positividad para vimentina, CD10, CD99 y actina. El diagnóstico diferencial debe plantearse con el FXA, el CAE, el melanoma desmoplásico o fusiforme y el angiosarcoma, siendo necesario solicitar marcadores IHQ específicos de estas lesiones para comprobar su negatividad. El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante extirpación profunda con márgenes de 1 cm, que habitualmente resulta curativo. No está indicado solicitar estudio de extensión. El pronóstico generalmente es bueno.

Conclusión. presentamos un caso de SPD, resaltando la importancia de conocer este tipo de tumor que clínica e histológicamente resulta prácticamente indistinguible del FXA pero cuyo comportamiento es más agresivo.

P76. SIRINGOMA CONDROIDE. SERIE DE 8 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Carmona Rodríguez^a, M. Rogel Vence^a, L. González Ruiz^a, F. Moro Bolado^a, M.P. Sánchez Caminero^a, L. Gómez Sánchez^b y G. Romero Aguilera^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Ciudad Real. España.

Introducción. El siringoma condroide es una entidad infrecuente que pertenece a los tumores mixtos cutáneos, grupo de neoplasias benignas histológica e inmunohistoquímicamente semejantes a los adenomas pleomorfos, tumores benignos de la glándula salival. Presentamos una serie de 8 casos con este diagnóstico y una revisión de sus características descritas en la literatura.

Material y métodos. Serie de casos: Presentamos una serie de 8 pacientes diagnosticados de siringoma condroide con confirmación histológica, vistos en el servicio de Dermatología de nuestro hospital, recogidos entre 2008 hasta 2019. La mayoría de los pacientes fueron varones adultos, cuya forma de presentación suele ser una pápula o nódulo levemente brillante, color piel, de entre 0,5 y 1,5 cm, con dermatoscopia inespecífica, que se extirpó en todos los casos con diagnóstico de sospecha de lesión quística o anexial. El estudio anatomopatológico no reveló en ningún caso indicios de malignidad.

Discusión. El término siringoma condroide fue utilizado por primera vez en 1961 para describir un tumor con estructuras propias de glándulas sudoríparas en un estroma cartilaginoso. Es un tumor cutáneo o subcutáneo infrecuente, de pequeño tamaño, sólido, generalmente único, de crecimiento lento, cubierto de piel normal, asintomático y cuya localización preferente es cara y cuello. El diagnóstico clínico es difícil por lo inespecífico de la lesión, pero el estudio histológico e inmunohistoquímico suele ser claro. Se observan estructuras tubuloalveolares y de tipo glandular con una o más capas de células cuboidales, dispuestas en el seno de un estroma fibroadiposo,

condroide, mixoide o hialino. El diagnóstico diferencial debe realizarse clínicamente con quiste epidermoide, neurofibroma, epiteloma basocelular o pilomatrixoma entre otros. El siringoma condroide es generalmente benigno, pero se han reportado casos de transformación maligna. El tratamiento definitivo es quirúrgico, con el objetivo fundamental de filiar histológicamente la lesión.

Conclusiones. Presentamos esta serie de casos de siringomas condroides, de interés por ser una entidad poco sospechada clínicamente, con un análisis histopatológico certero y por su probabilidad, aunque infrecuente, de transformación maligna.

P77. MELANOMA MALIGNO CON EXTENSIÓN INUSUAL A TRAVÉS DEL ORIFICIO DEL LÓBULO AURICULAR

J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora^a, J. Aróstegui Aguilar^a, C. Llanos Chávarri^b, M.J. Mitxelena Ezeiza^a y M.E. Iglesias Zamora^a

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

Antecedentes y objetivos. El lóbulo auricular es una estructura cutánea y grasa que puede ser asiento de diferentes tumores, entre ellos el melanoma maligno. La extensión del melanoma de la parte anterior a la posterior o viceversa a través del orificio del pendiente en el lóbulo auricular es un hecho excepcional.

Métodos y resultados. Presentamos el caso de una mujer de 81 años que es remitida a la Unidad Quirúrgica para tratamiento quirúrgico de una lesión pigmentada heterocrómica de 2,5 cm, sospechosa de lentigo maligno, en la parte anterior del lóbulo auricular derecho en el que el orificio del pendiente queda incluido. Observamos al evertir el lóbulo auricular que en la parte posterior en forma de espejo y sin continuidad con la anterior, existía otra lesión muy pigmentada de 1 cm de tamaño que también incluía el orificio del pendiente del lóbulo, cuyas paredes epidérmicas se apreciaban pigmentadas. La paciente y su familia no eran conscientes de la existencia de la lesión en la parte posterior del lóbulo y no precisaban el tiempo de evolución de la lesión de la parte anterior. Se realizó una exéresis quirúrgica del tumor con 1 cm de margen lateral resecano el espesor total del lóbulo auricular derecho. En el informe de anatomía patológica el diagnóstico fue de lentigo maligno.

Conclusiones. En ningún caso de todos los melanomas malignos de lóbulo auricular tratados en nuestro Servicio hemos observado la extensión de la lesión a través del orificio del lóbulo auricular. En nuestra paciente el tiempo de evolución probablemente ha sido muy largo y consideramos esta forma de extensión a través del orificio del lóbulo como un hecho excepcional.

P78. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN TUMOR FRECUENTE: HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR INTRAVENOSO SUBCUTÁNEO

J. Ruiz Martínez, J. Navarro Pascual, J. Crouañes Monferrer, M. I. Úbeda Clemente, T. Hernández Gómez y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Introducción. El hemangioma capilar lobular o granuloma piógeno es un tumor vascular benigno muy frecuente. La presentación habitual es una lesión pediculada superficial con facilidad para el sangrado, sin embargo, se han descrito formas intravasculares y subcutáneas.

Caso clínico. Varón de 75 años que consulta por lesión en cara flexora de 5º dedo de mano izquierda, asintomática, de años de evolución, sin recordar antecedente traumático en la zona. A la exploración se detecta una tumoración subcutánea, de 1 cm de tamaño, de consistencia blanda, adherida en planos profundos. Se

realiza ecografía mostrando una lesión heteroecoica, bien delimitada, de 10 x 5 mm de tamaño en plano subcutáneo. El modo doppler mostraba vascularización abigarrada en su interior. Dados los hallazgos se decide extirpación de lesión que evidencia macroscópicamente una tumoración vascular, bien delimitada, realizando ligadura de vaso nutricio en su base. El estudio histopatológico mostró una proliferación lobular de capilares de diversos diámetros en un estroma fibromixóide que a su vez se encontraba rodeada por la pared de un vaso venoso. Con el diagnóstico de hemangioma capilar lobular intravenoso de localización subcutánea, el paciente ha realizado seguimiento en consultas sin hallazgo de recidiva tras un año de la intervención.

Discusión. La presentación intravascular y subcutánea del hemangioma capilar intralobular es poco habitual. Se han descrito localizados tanto en la mano como en el cuello, así como casos aislados en vena iliaca, ovario y cuerpo esponjoso de pene. La etiología no está clara, aunque podría originarse a partir los vasa vasorum de la pared venosa. La valoración ecográfica en consulta permitió una adecuada orientación del caso además de facilitar la planificación quirúrgica. El diagnóstico diferencial podría incluir otras tumoraciones vasculares como el hemangioendotelioma, además del quiste mixóide, una trombosis venosa superficial o una malformación arteriovenosa. Aunque se ha descrito la regresión espontánea, generalmente se recomienda la extirpación controlando la evolución dada la posibilidad de recidiva.

P79. METÁSTASIS DE CARCINOMA DE MAMA EN CUERO CABELLUDO

P.A. Cerro Muñoz, A.M. Palma Ruiz, A. Navarro Bielsa, N. Porta Aznarez y E. Gilaberte Calzada

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

Introducción. El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de los países desarrollados. El 30% de las mujeres diagnosticadas en un estadio precoz de la enfermedad desarrollarán metástasis a distancia afectando al hígado, el pulmón, la pleura y los huesos, siendo poco frecuente las metástasis cutáneas y excepcional la afectación del cuero cabelludo.

Caso clínico. Una mujer de 57 años posmenopáusica. En 2016 había presentado un carcinoma de mama T2N0M0 tratada mediante cirugía conservadora, radioterapia y un inhibidor de la aromatasa (anastrozol). En octubre de 2018 consultó por presentar hace dos meses placas alopecias, redondeadas, eritematosas de superficie brillante de 15 mm de diámetro, localizadas en el cuero cabelludo dos de ellas a nivel frontal y una a nivel parietal, asintomáticas. A la dermatoscopia presentaban vasos lineales irregulares mal enfocados sobre una base eritematoamarillenta. Se realizó biopsia punch que fue compatible con metástasis cutánea de adenocarcinoma mamario. En la TAC se observaron metástasis pulmonares.

Discusión. Los tumores del cuero cabelludo representan el 2% de todos los tumores de piel y pueden presentarse como metástasis de neoplasias internas siendo el cáncer de pulmón el tumor primario más común, seguido de los cánceres de colon, hígado y mama. Una revisión sistemática reciente y un metaanálisis estimaron que la incidencia de metástasis en el cuero cabelludo como el primer sitio de recurrencia de un carcinoma de mama es de alrededor del 0,025%. Estas se han descrito como un signo de progresión o de enfermedad metastásica generalizada. El principal diagnóstico diferencial histopatológico es el adenocarcinoma aneural primario de la piel, y debido a que hasta ahora no se ha identificado un único marcador específico para diferenciarlos, siempre se debe realizar un panel de tinciones inmunohistoquímicas. La importancia de este caso radica en considerar dentro del diagnóstico diferencial de las placas alopecias del cuero cabelludo las metástasis de carcinoma de mama oculto.

P80. METÁSTASIS CUTÁNEAS CERVICALES DE CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA

D. Vega Díez, A. Rodríguez-Villa Lario, M. Bandini, E. Sánchez Gómez Aparici y A.B. Piteiro Bermejo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción. Las metástasis cutáneas (MC) son la infiltración de la piel por células neoproliferativas de tumores malignos situados a distancia. Encontramos MC en el 0,7-9% de los pacientes con neoplasia interna siendo la presentación clínica más habitual la de nódulos únicos de rápido crecimiento, asintomáticos, de color piel, móviles y de textura firme o elástica que pueden ulcerarse, aunque puede presentarse como cualquier otra lesión elemental.

Caso clínico. Varón de 80 años con antecedentes de carcinoma urotelial de vejiga de alto grado tratado correctamente hace 4 años. El paciente es remitido al S. de Dermatología por cuadro de 3 meses de evolución de lesiones dolorosas en base de cuello izquierdo, siendo diagnosticado por su MAP de herpes zóster y siendo tratado con aciclovir a dosis correcta sin mejoría. A la exploración física se observa una placa maculopapulosa de 20 cm desde base de cuello izquierdo hasta hombro ipsilateral, eritematosa con borde bien delimitado presentando algunas zonas nodulares de consistencia firme, redondeadas y móviles que asocian dolor y prurito así como pérdida de 9 kg de peso en los últimos meses. Se realiza biopsia cutánea con resultado AP de carcinoma urotelial de alto grado.

Discusión. Los tumores que producen más frecuentemente MC son el cáncer de mama en mujeres y el cáncer de pulmón y adenocarcinomas digestivos en varones. Las metástasis cutáneas de cánceres del tracto genitourinario son infrecuentes, representando únicamente alrededor del 3% de las MC, siendo las MC de los carcinomas uroteliales raras (en el 1-2% de los pacientes con este tipo de cáncer). Solo un 6,4-7,8 de las MC se diagnostican en ausencia de otras metástasis a distancia y la presencia de estas confiere un mal pronóstico al tumor primario, con una supervivencia a los 6 meses del diagnóstico del 50% siendo el intervalo medio entre el diagnóstico del tumor primario y el diagnóstico de las MC de 2-3 años.

Conclusión. Las metástasis cutáneas son un hallazgo infrecuente en la práctica clínica. Deben de ser sospechadas en pacientes con un diagnóstico previo de neoplasia interna o ante lesiones sugestivas en población de riesgo, siendo el análisis histológico el diagnóstico de elección. Es preciso un alto índice de sospecha clínica y el diagnóstico diferencial incluye tanto tumores cutáneos benignos, como malignos así como otras dermatosis.

P81. SIRINGOMA CONDROIDE. REVISIÓN DE 29 CASOS

L. Trasobares Marugán^a, A. Rodríguez-Villa Lario^a, A. Gómez Zubiaur^a, S. Medina Montalvo^a, E. Sánchez Gómez-Aparici^a y M.D. Vélez Velázquez^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

El siringoma condroide o tumor mixto cutáneo es un tumor benigno poco frecuente (0,01% de los tumores extirpados), con un doble componente epitelial y mesenquimal. Habitualmente se localizan en la cabeza y en el cuello y son más frecuentes en varones de edad media. Se presentan como nódulos de crecimiento lento, no ulcerados, dérmicos o subcutáneos con un tamaño variable de pocos milímetros a 3 cm. No suelen tener características específicas clínicas ni a la dermatoscopia por lo que el diagnóstico es fundamentalmente histológico. Son 5 los hallazgos diagnósticos propuestos por Hirsch y Helwig, aunque no es necesario que todos se cumplan: nidos de células cuboidales o poligonales, estructuras tubuloalveolares con 2 o más capas de células cuboidales, estructuras ductales con 2 o más capas de células cuboidales, quistes queratinosos oca-

sionales y presencia de una matriz de composición variable mixoide y/o condroide. Existe una forma maligna más frecuente en mujeres en las extremidades.

Material y método. Se ha realizado una revisión clínica e histopatológica de los siringomas condroides diagnosticados en nuestro hospital durante 10 años (2009-2019). La búsqueda ha incluido los diagnósticos de tumor mixto, tumor mixto anexial, tumor mixto cutáneo y siringoma condroide.

Resultados. Se han encontrado 29 casos de siringomas condroides extirpados a lo largo de 10 años. El 65,5% se han dado en varones y el 34,5% en mujeres. La edad media al diagnóstico ha sido de 52 años, mayor para las mujeres (55), que para los varones (48). El 86% de los tumores se localizan en el polo cefálico y el resto en el tronco. El diagnóstico más frecuente previo a la extirpación fue de quiste en el 48% de los casos seguido por el de tumor en el 31%. Tras la exéresis solo el 48% mostraron bordes libres de tumor. El estudio histopatológico mostró grados variables de estructuras tubulares y epiteliales en forma de nidos sólidos inmersos en un estroma condromixoide. Destacamos la rareza de estos tumores y la dificultad diagnóstica prequirúrgica. Ante un nódulo subcutáneo o una lesión de tipo quístico, debe pensarse en el siringoma condroide para realizar una extirpación adecuada y completa.

P82. FALSO HERPES ZÓSTER: METÁSTASIS CUTÁNEA DE MELANOMA DE PATRÓN ZOSTERIFORME

J. J. Domínguez Cruz^a, M.T. Monserrat^a, P. Sancho^a, T. Zulueta^c, A.J. Duran^a y J. Conejo-Mir Sánchez^a

^aUGC de Dermatología. ^bUGC de Oncología Médica. ^cUGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El melanoma (MM) es la neoplasia cutánea que tiene mayor tendencia a presentar metástasis cutáneas y subcutáneas. En la mayoría de las ocasiones estas metástasis son asintomáticas y en ocasiones se pueden confundir con otro tipo de patologías.

Caso clínico. Varón de 71 años, en seguimiento por melanoma estadio IIIA localizado en miembro superior izquierdo desde hacía 2 años. El paciente nos refería que estaba presentando una lesión de una semana de evolución en miembro superior izquierdo, así como en zona pectoral ipsilateral que había sido diagnosticado en urgencias de herpes zóster. Sin embargo, el paciente refería ausencia de dolor en las lesiones. Se observaban múltiples lesiones papulosas de coloración marrónácea, sin presencia de lesiones ampollas, de distribución metamérica. A la dermatoscopia se observaban lesiones sin estructura definida de coloración marrón homogéneo. Ante la sospecha de metástasis cutáneas de melanoma se realizó estudio histológico que confirmó el diagnóstico.

Discusión. En el seguimiento de cualquier paciente con melanoma hay que presentar especial atención a la posible aparición de metástasis cutáneas y subcutáneas.

P83. CARCINOMA EPIDERMÓIDE Y ENFERMEDAD DE CROHN

L. Martos Cabrera, P. Rodríguez, P. Chicharro-Manso, R. Sampedro-Ruiz y E. Gallo

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Introducción. El carcinoma epidermoide (CE) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente del ser humano. Numerosos factores de riesgo intervienen en su desarrollo, como procesos inflamatorios crónicos (quemaduras, radiodermatitis y úlceras crónicas). En general, confieren un peor pronóstico y dificultan el manejo terapéutico.

Caso clínico. Presentamos un varón de 52 años con hepatitis B crónica y enfermedad de Crohn de 23 años de evolución, con múltiples

episodios de fistulización enterocutánea, en tratamiento con azatioprina, con seguimiento médico irregular en los 5 años previos. Ingresó en el Servicio de digestivo por cuadro de descompensación hidrópica, durante el cual, se objetiva en la exploración perianal múltiples trayectos fistulosos con marcada ulceración y destrucción de tejidos. En estudio de extensión por RM se observan adenopatías inguinales bilaterales estudiadas mediante PAAF y se realizan 2 biopsias cutáneas que confirman el diagnóstico de CE con afectación metastásica linfática inguinal bilateral. Valorado en comité multidisciplinar, no se considera candidato para amputación abdominal perineal ni para quimioterapia dada la situación médica general, por lo que se decide radioterapia. Tras iniciar el tratamiento, presenta deterioro del estado general progresivo, adoptándose actitud conservadora, cuidados paliativos, falleciendo durante el ingreso.

Discusión. Alrededor de un 15% de CE cutáneo presentan metástasis locales y a distancia. Se debe considerar como tratamiento de primera línea la escisión quirúrgica del tumor primario y disección ganglionar, además de radioterapia si existen factores de riesgo asociados. Los pacientes con enfermedad de Crohn (fundamentalmente inmunosuprimidos y/o con fístulas crónicas) presentan un riesgo aumentado de CE. Se han descrito numerosos casos asociados a inmunosupresión mantenida (por ejemplo, con azatioprina) y las guías clínicas recogen recomendaciones preventivas (como autoexploración mensual). Sin embargo, son pocos los casos publicados de CE sobre trayectos fistulosos en pacientes con la enfermedad de Crohn y no establecen recomendaciones de seguimiento preventivo. **Conclusión.** Presentamos un paciente con enfermedad de Crohn que desarrolló un CE sobre proceso fistulizante crónico. Proponemos establecer un programa de seguimiento dermatológico para estos pacientes.

P84. SEGUNDAS NEOPLASIAS EN PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO

D. Revilla Nebreda^a, E. Cardeñoso Álvarez^a, A. Conde Ferreirós^a, C. Román Curto^{a,b} y J. Cañueto Álvarez^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). España.

Antecedentes y objetivos. EL carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor más frecuente en humanos, con una incidencia creciente y en torno a un millón de casos diagnosticados en EE. UU. al año. La radicación UV, la edad, el sexo masculino y la inmunosupresión son algunos de los factores de riesgo más directamente asociados a su desarrollo. Recientemente se ha identificado una mayor frecuencia de segundas neoplasias en pacientes con CEC, de modo que nos propusimos explorar las características de las segundas neoplasias y su frecuencia en una cohorte de pacientes con CEC.

Métodos. Se diseñó un estudio retrospectivo y se seleccionaron aleatoriamente 247 pacientes con CEC diagnosticados entre 2010 y 2015, con una edad media de 84,47 años (DE: 11,14). Se registraron los tumores sólidos y hematológicos diagnosticados a lo largo de la vida en dichos pacientes y se buscaron factores relacionados con un mayor riesgo de segundas neoplasias en pacientes con CEC.

Resultados. Un 27,1% de ellos (67 pacientes) fueron diagnosticados de otro tumor sólido, distinto de carcinoma queratinocítico (52 pacientes fueron diagnosticados de un tumor sólido y 18 de una neoplasia hematológica) y 63 pacientes de al menos otro carcinoma queratinocítico (25,5%). No se demostraron diferencias en la frecuencia de segundas neoplasias entre los pacientes diagnosticados de CEC de alto riesgo (T3/T4-AJCC8) y aquellos diagnosticados de CEC de bajo riesgo (T1/T2-AJCC8). Dentro de los tumores sólidos, el más frecuente fue colon y recto (8 pacientes), seguido de próstata (6 pacientes), pulmón y melanoma (4 pacientes cada uno). Dentro de los pacientes con discrasias sanguíneas, la más frecuente fue la leucemia linfática crónica (8 pacientes).

Conclusiones. Casi el 30% de los pacientes diagnosticados de CEC de nuestra serie fueron diagnosticados de una segunda neoplasia distinta del carcinoma queratinocítico. En España se diagnostican al año unos 250.000 tumores malignos (excluyendo cáncer cutáneo no melanoma). Se ha identificado un riesgo más alto de segundas neoplasias en pacientes con CCNM. No obstante, el aumento en el riesgo de cáncer se incrementa con la edad y la mediana de edad en los pacientes de nuestra cohorte fue de 87 años.

P85. MELANOMA DE PENE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Galiano Mejías, E. Chavarría, D. Buendía, C. Silvente, N. Cano y P. de la Cueva

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

El melanoma de pene es una lesión infrecuente y de mal pronóstico. Se presenta con mayor frecuencia en varones de 50 a 60 años y se localiza preferentemente en el glande. Existen pocos casos de

melanoma de pene descritos en la literatura, y la mayoría de ellos presenta enfermedad neoplásica avanzada en el momento del diagnóstico. No existe tratamiento estandarizado, pero la mayoría de los autores coincide en que es principalmente quirúrgico. El manejo agresivo mediante penectomía total y linfadenectomía ilioinguinal bilateral solía ser la norma, sin embargo, se han descrito casos en los que la amputación distal con márgenes amplios ha sido suficiente. Existe controversia en cuanto a si hay que realizar linfadenectomía rutinaria profiláctica en el melanoma de pene. Presentamos el caso de un varón de 80 años que acude a la consulta de Dermatología con lesión en el pene de 20 años de evolución. A la exploración física presenta lesión pigmentada con zona nodular que abarca la totalidad del glande y gran parte del prepucio. Se realiza biopsia y penectomía parcial, con diagnóstico de melanoma nodular sólido polipoide excrecente superficialmente ulcerado, sobre melanoma de tipo extensión superficial. Se realiza PET TAC sin apreciar áreas de mayor captación, sugestivas de procesos patológicos. Se realiza biopsia selectiva de ganglio centinela de región inguinal observándose un ganglio linfático con metástasis por melanoma.