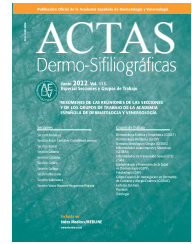




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN
ASTUR-CÁNTABRO-CASTELLANO-LEONESA DE LA AEDV

LXXIV Reunión de la Sección Astur-Cántabro-Castellano-Leonesa de la Academia Española de Dermatología y Venerología Santander, 10 y 11 de septiembre de 2021

Comunicaciones orales

01. LA PIEL. EL GRAN CONFIDENTE DE LA COVID-19

J. Valtueña^a, D. Ruiz Sánchez^a, V. Volo^a, L. Barrutia Etxebarria^a,
M. Garayar Cantero, Á. Aguado García, P. Manchado López^a
y G. Martínez-García^b

Departamento de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La infección por COVID-19 produce una enfermedad multiorgánica sistémica. Estudios previos encontraron un estado procoagulante y/o hipoxemia severa con una mecánica pulmonar relativamente bien conservada. Dado que la COVID-19 también afecta el tejido cutáneo y la accesibilidad de este, nuestro objetivo es examinar las lesiones cutáneas de pacientes COVID-19 para comprender mejor la fisiopatología de la enfermedad y mejorar las estrategias terapéuticas.

Métodos. Se seleccionaron cinco lesiones cutáneas de pacientes adultos COVID-19 para su examen histológico, incluyendo inmunohistoquímica e inmunofluorescencia directa, con un análisis exhaustivo del tejido vascular.

Resultados. Se identificó un patrón de reacción vasculopática común pronunciado, basado en el crecimiento prominente de células endoteliales y miointimales vasculares, que generó una obliteración de la luz vascular y extravasación serohemática. También se identificaron depósitos de C4d y C3 a lo largo de la pared vascular y una hiperplasia epidérmica regenerativa con preservación de la estructura cutánea.

Conclusiones. La COVID-19 podría comprender una microangiopatía obliterante consistente en un crecimiento intensivo endotelial y miointimal con activación del complemento. Este mecanismo, junto con la mayor permeabilidad vascular identificada, podría contribuir a la obliteración de la luz vascular y a la hemorragia en los pacientes COVID-19. Por lo tanto, podríamos hipotetizar que la anticoagulación por sí sola no podría revertir completamente la obliteración de la luz vascular, con el consiguiente aumento del riesgo hemorrágico asociado. La biopsia de piel, por su accesibilidad e información, podría ser de gran interés, no solo para estudiar la fisiopatología de la COVID-19, sino también para valorar su estadio, gravedad y ayudar en el diagnóstico de la enfermedad. Los resultados de este estudio podrían

contribuir a una mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la COVID-19 en pacientes vivos y a encontrar diadas terapéuticas específicas para pacientes graves.

02. “LA ROJEZ OCUPA LUGAR”

Á. Fernández Camporro

MIR Dermatología. Gijón. España.

Un varón en la cuarta década de la vida acude a la consulta de Dermatología por unas “manchas en la piel” de color rojo intenso, que “van y vienen”. Lleva meses así, y la cosa parece ir “cada vez a más”. Presentamos un caso paradigmático, poco frecuente pero muy estudiado, y lo apoyamos con fotografías clínicas de alta calidad. La Medicina Interna y la Dermatología se mezclan en esta ocasión (una vez más) para llegar a un diagnóstico precoz del que el paciente se verá muy beneficiado. Haremos en primer lugar una introducción al caso, explicaremos las pruebas complementarias realizadas, llegaremos al diagnóstico y revisaremos brevemente el tema, los posibles diagnósticos diferenciales y las consecuencias de un buen diagnóstico precoz (así como las de su ausencia).

03. DESARROLLO DE ENFERMEDADES AMPOLLOSAS AUTOINMUNES TRAS LA VACUNA DE MRNA FRENTE AL COVID: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Mir-Bonafè^a, M. Fernández-Prada^b, B. García García^a,
I. González-Iglesias^c, P. Alonso-Penanes^d, M. González-Guerrero^e,
A.M. Gutiérrez-Palacios^e, E. Miranda-Martínez^e, F. Martín-Torres^f
y P. Coto-Segura^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres.*

^b*Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

^c*Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres.*

^d*Servicio de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón.* ^e*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres*

^f*Genetics, Vaccines and Pediatric Infectious Diseases Research Group (GENVIP). Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.*

Introducción. Las vacunas COVID-19 son la herramienta médica más importante para prevenir y controlar la pandemia actual. Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia suelen ser leves y transitorias. Sin embargo, también se han observado reacciones menos frecuentes, más graves o de aparición tardía, siendo la piel frecuentemente afectada.

Casos. Presentamos cuatro pacientes con enfermedad ampollosa autoinmune tras la administración de segunda dosis de la vacuna mRNA (COMIRNATY®) frente al COVID. Tres de los pacientes presentaban erupción muy pruriginosa con ampollas tensas sobre base eritematosa con especial afectación distal en EESS. La histología revelaba una ampolla subepidérmica con infiltrado eosinofílico y una inmunofluorescencia con depósito de IgG y C3 en membrana basal. Los anticuerpos antimembrana basal BP180 fueron positivos en todos ellos, llegando al diagnóstico de penfigoide ampollosa. El cuarto paciente presentaba lesiones de morfología redondeada, eritematosas de borde vesiculoso. La biopsia mostraba ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio mixto e inmunofluorescencia directa con depósitos de IgA lineal en la membrana basal. Anticuerpos antimembrana basal negativos. Se realizó el diagnóstico de dermatosis IgA lineal. La evolución fue favorable en todos los pacientes con tratamiento tóxico y sistémico convencional.

Discusión. El potencial de las vacunas para actuar como desencadenantes de reacciones autoinmunes es un efecto adverso bien conocido. Las vacunas de ARNm pueden dar lugar a una cascada de eventos inmunológicos que eventualmente conduzcan a la activación aberrante del sistema inmune. Las reacciones ampollosas inducidas por fármacos, aunque infrecuentes, se consideran una de las reacciones adversas cutáneas más graves.

Conclusión. La enfermedad ampollosa autoinmune tras la administración de vacunas de ARNm frente al COVID-19 es una asociación infrecuente y grave, cuyo conocimiento puede ayudar a los profesionales en este momento de vacunación masiva.

04. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO MULTIDISCIPLINAR SOBRE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS TRAS LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2 EN LOS TRABAJADORES DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

D. Revilla-Nebreda^a, M. Medina-Migueláñez^a, Á. Santos-Briz Terrón^b, C. Román-Curto^a, E. Montes-Valdunciel^c, V.E. López-Benito^d, S. Muñoz-Criado^e y M. Roncero-Riesco^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica, ^cPrevención y Riesgos Laborales, ^dMedicina Preventiva y ^eMicrobiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). España.

Antecedentes/objetivos. A finales de 2020 se aprueban vacunas contra el SARS-CoV-2, comenzando en enero 2021 la vacunación de trabajadores hospitalarios. Nos proponemos clasificar y analizar las manifestaciones cutáneas que aparecen tras las vacunas del SARS-CoV-2.

Métodos. Estudio descriptivo observacional multidisciplinar (Riesgos Laborales, Medicina Preventiva, Microbiología, Anatomía Patológica y Dermatología) que recoge las manifestaciones cutáneas tras las vacunas del SARS-CoV-2 de trabajadores del hospital de Salamanca. Se recogen datos desde el 07/01/2021 hasta el 28/03/2021, vacunándose 4500 trabajadores con las vacunas: mRNA-1273, BNT162b2 y AZD1222. Se recogen las siguientes variables: sociodemográficas, tipo de vacuna, número de dosis, tipo de reacción, síntomas, tiempo de latencia y pruebas SARS-CoV-2 previas.

Resultados. Se obtienen 147 manifestaciones cutáneas en 134 trabajadores, 123 mujeres y 11 hombres, con edades entre 22 y 65 años. Se registran 106 reacciones con mRNA-1273, 31 con BNT162b2 y 10 con AZD1222. Con la 1.ª dosis se observan 108 reacciones y 39 con la 2.ª, 82 son reacciones locales retardadas, 13 reacciones locales simples, 11 urticariformes, 8 morbiliformes, 7 pitiriasis rosada-like, 5

recurrencias herpes simple, 4 pernio-like, 4 pápulo-vesiculares, 3 herpes zóster, 3 brotes enfermedades cutáneas previas, 2 vasculitis y casos aislados (eritema multiforme-like, eritromelalgia, etc.). Ninguna reacción tiene síntomas graves. Se biopsian 4 pernio-like, 2 reacciones locales retardadas y 1 eritema multiforme-like encontrando patrón histológico lupus-like. Tras mRNA-1273 las reacciones más frecuentes son locales retardadas; tras BNT162b2, urticariformes y pitiriasis-rosada; y tras AZD1222; muy diversas. Las reacciones locales retardadas aparecen tras 8 días en la 1ª dosis y tras 2 en la 2ª dosis y las urticariformes y morbiliformes ocurren 6 días y 1 después de la vacuna, respectivamente.

Conclusiones. Se registran manifestaciones cutáneas similares con las vacunas del SARS-CoV-2 que con su enfermedad. Los patrones observados son: reacciones locales retardadas, urticariformes, morbiliformes, pápulo-vesiculares y pitiriasis rosada-like.

05. QUIROMANCIA EN DOS LESIONES PALMARES

H. Perandones González, S. Delgado Vicente, V. Onecha Vallejo, R. Linares Navarro, J. Castiñeiras González y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción. El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de la humanidad. A pesar de su frecuencia, el origen anatómico de esta neoplasia sigue siendo controvertido. Presentamos dos casos de basocelulares en la palma de la mano y discutimos acerca de su origen e histogénesis.

Casos clínicos. Varón de 73 años que presenta una úlcera indolora en la palma de la mano de año y medio de evolución de 1 cm de diámetro. Como antecedente destacamos una fasciotomía hace 30 años por enfermedad de Dupuytren en la misma mano. Se procede a la extirpación de la lesión, demostrándose en la anatomía patológica un carcinoma basocelular sólido ulcerado palmar.

Mujer de 64 años con síndrome de Gorlin. Presenta pápula de 0,5 cm en palma de la mano. En la histología se confirma carcinoma basocelular con áreas de diferenciación quística.

Discusión. El carcinoma basocelular en palmas y plantas es extremadamente infrecuente y solo se han descrito 11 casos en la literatura, representando estos dos casos la serie más larga comunicada. El origen de esta neoplasia está en las células madres epidérmicas del bulge, células indiferenciadas totipotenciales de la vaina externa del pelo o más probablemente, en las células stem interfoliculares de la capa basal. Sin embargo, esto no explica la presencia de este tumor en zonas acrales sin unidades pilosebáceas. Mleczo et al. proponen que el origen del basocelular en zonas acrales pueda deberse a partir de la transdiferenciación de células de linaje ecrino. En nuestro segundo caso, encontramos en la histología hallazgos de ductos ecrinos dilatados en el espesor de las células basaloideas, hallazgo que coincide con casos previos. Esta hipótesis explicaría que ante ciertos desencadenantes (trauma, inflamación síndrome de Gorlin) en raras ocasiones puedan originarse basocelulares en piel acral.

Minicasos

MN1. ¿SOLAMENTE HIDROSADENITIS?

R. Linares Navarro, L.M. Valladares Narganes, G. Ruiz-Carrillo Ramírez, H. Perandones González, J. Castiñeiras González y M.Á. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Anamnesis. Varón de 32 años diagnosticado de hidrosadenitis supurativa axilar e inguinal grado III. Consulta por lesión perianal de dos

meses de evolución y crecimiento progresivo, y, la aparición de lesiones cutáneas en tronco, palmas y plantas hace cuatro semanas, ya resueltas. Relaciones sexuales de riesgo con hombres, insertivas y receptivas.

Exploración física. En región perianal presenta un nódulo ulcerado, bilobulado, de 7 cm, violáceo. Sin lesiones en pene o escroto y sin adenopatías.

Exploraciones complementarias. Serología VIH y sífilis positivas. Punción lumbar descarta neurosífilis. PCR para ETS, cultivo convencional y micobacterias negativos. Serología *Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3 negativa.

Biopsia: la dermis profunda e hipodermis se encuentran totalmente sustituidas por una proliferación difusa de células linfoides, grandes, de hábito inmunoblástico con diferenciación plasmocítica, con núcleos grandes y vesiculosos, nucleolo visible y prominente y un número de mitosis muy elevado.

Inmunohistoquímica: CD138 y virus de Epstein Barr positivas en células neoplásicas, con abundantes linfocitos CD8 positivos en infiltrado peritumoral. Estudio de extensión TC, PET y biopsia de médula ósea negativo.

Diagnóstico. VIH. Sífilis latente precoz. Linfoma plasmablasto anorrectal estadio IE.

Evolución. Actualmente el paciente recibe tratamiento con bortezumib con buena respuesta.

Comentario. El linfoma plasmablasto es un linfoma difuso de células B grandes, siendo el subtipo de linfoma no Hodgkin más frecuente. Está relacionado con la infección VIH y se trata de una variedad agresiva. Sus células muestran una apariencia plasmablasto. Su aparición en la cavidad oral es típica de pacientes VIH, en relación al virus de Epstein Barr. La localización perianal es más atípica. Respecto al tratamiento, no existe una pauta estandarizada altamente efectiva. El régimen convencional consiste en ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (CHOP). La terapia con lenalidomida, daratumumab o bortezumib, solos en combinación con quimioterapia es esperanzadora.

MN3. ECTIMA GANGRENOSO DE VULVA EN PACIENTE NEUTROPÉNICA

D. Rodríguez Baeza, A.M. González Pérez, D. Revilla Nebreda, L. Revelles Peñas, M. Martins Lopes, C. Román Curto y M. Roncero Riesco

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

Introducción. El ectima gangrenoso es una infección cutánea poco común causada comúnmente por *Pseudomonas aeruginosa* que afecta a pacientes típicamente inmunodeprimidos. La presencia de ectima gangrenoso puede asociarse con una infección sistémica grave, a menudo con un pronóstico fatal. La mayoría de los casos de ectima gangrenoso ocurren alrededor de la axila, las nalgas y las extremidades; la vulva rara vez se ve afectada.

Caso clínico. Paciente de 54 años diagnosticada en 2020 de leucemia mieloide aguda ingresada para realización de trasplante alogénico de médula ósea. Interconsultan al servicio de Dermatología el día 14 postrasplante por lesión en vulva de 3 días de evolución que comenzó como una costra en labio mayor izquierdo y que ha aumentado rápidamente de tamaño. Ante la evolución rápida de la lesión, la situación hematológica de la paciente -100 neutrófilos/uL- se solicitó una TAC urgente que descartó gangrena de Fournier. El cultivo de la lesión mostró crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente. Con diagnóstico de ectima gangrenoso se decide realizar desbridamiento tipo Friedrich de la lesión y antibioterapia dirigida según antibiograma. El estudio histológico posterior confirmó el diagnóstico, descartando causa tumoral o afectación micótica. Después del tratamiento las lesiones mejoraron significativamente y no se evidenciaron signos de recurrencia o nuevas lesiones.

Conclusión. El ectima gangrenoso debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerosas de vulva. Un diagnóstico temprano y un tratamiento antibiótico agresivo con posible desbridamiento quirúrgico son imprescindibles para la resolución de esta infección.

MN4. LA IMPORTANCIA REAL DE LA CONSULTA PRESENCIAL EN DERMATOLOGÍA EN TIEMPOS DE COVID-19. DE LAS PÁPULAS PIEZOGÉNICAS AL SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

M. Medina Migueláñez^a, D. Revilla Nebreda^a, L. Puebla Tornero^a, N. Segurado Tostón^a, L. Revelles Peñas^a, D. Rodríguez Baeza^a, C. Román Curto^a y M. González de Arriba^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). España.

Introducción. El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) engloba un espectro de enfermedades genéticas del tejido conectivo que afectan al colágeno y otras proteínas de la matriz extracelular. En función de la proteína afectada hay 13 formas clínicas, diferenciándose entre sí según su herencia y características clínicas, pudiendo abarcar distintos grados de afectación cutánea, osteoarticular y vascular.

Caso clínico. Mujer 35 años valorada en teledermatología por pápulas piezogénicas dolorosas en ambas plantas de 8 meses de evolución. Ante la persistencia del dolor, la paciente acude a consulta donde al rehistoriarla, refiere antecedentes personales y familiares de hiperlaxitud articular y fragilidad capilar y de hasta 13 intervenciones por cicatrices dehiscentes en abdomen tras una salpingooforectomía bilateral. A la exploración física, destacaba hiperlaxitud articular en dedos de manos, codos, rodillas, signo de Gorlin positivo, cicatrices papiráceas abdominales, pie plano flexible y pápulas piezogénicas. Ante estos hallazgos se estableció el diagnóstico de SED clásico (SEDC) y se realizó test genético para mutaciones del colágeno V (COL5A1 Y COL5A2) y tenascina X, pendiente de resultados.

Discusión. El SEDC se caracteriza por mutaciones en los genes COL5A1 Y COL5A2 y en menor medida por mutaciones en el colágeno I (COL1A1) y por patrón de herencia autosómico dominante (AD). Dentro de los criterios diagnósticos clínicos mayores del SEDC se incluyen la hiperlaxitud articular, la hiperextensibilidad cutánea y el retraso en la cicatrización acompañado de cicatrices atróficas. Entre los criterios menores se encuentran: piel aterciopelada, fragilidad capilar, pseudotumores moluscoides, esferoides subcutáneos, complicaciones articulares, historia de hernias (incluidas las pápulas piogénicas) e historia familiar compatible.

Conclusión. Se diagnosticó a la paciente de SEDC gracias a que acudió a consulta a partir de un hallazgo detectado en teledermatología. Por tanto, recalamos la importancia de la consulta presencial y la anamnesis personalizada y dirigida en tiempos de COVID-19 y teledermatología.

Pósteres

P1. PIODERMA GANGRENOSO AMPOLLOSO, MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

M. Garayar Cantero^a, C. Sanz Muñoz^a, Á. Aguado García^a, J. Valtueña Santamaría^a, D. Ruiz Sánchez^a, L. Barrutia Etxebarria^a, V. Volo Bautista^a, G. Martínez García^b y P. Manchado López^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica necrotizante de etiología desconocida. El PG ampoloso constituye el subtipo de PG más infrecuente.

Caso clínico. Varón de 77 años, en seguimiento por Hematología por policitemia vera que evolucionó a mielofibrosis y leucemia aguda mieloblástica. En 2017, el paciente ingresa por una insuficiencia cardiaca descompensada. Durante el ingreso, se produjo la aparición brusca de una lesión cutánea dolorosa en la extremidad inferior derecha. A la exploración física, destacaba una ampolla hemorrágica de unos 3 cm sobre base eritematosa en cara anterior del muslo derecho. La biopsia cutánea mostró una zona extensa de despegamiento subepidérmico y denso infiltrado de predominio neutrofílico en todo el espesor dérmico. Se estableció el diagnóstico de PG ampoloso. El paciente falleció a causa de su neoplasia hematológica.

Discusión. Existen cuatro tipos de PG: ulcerativo, pustular, ampoloso y vegetante. El PG ampoloso es el subtipo más infrecuente y cursa con ampollas redondas de contenido seroso o hemorrágico, muy dolorosas que progresan rápidamente hacia úlceras superficiales. Aunque la patogenia del PG continúa siendo desconocida, es bien sabido que se asocia a determinadas enfermedades sistémicas, como la leucemia mieloide aguda, leucemia mieloide crónica, mieloma múltiple, metaplasia mieloide, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide y síndrome de Klinefelter. Cuando se desarrolla un PG ampoloso en el contexto de una enfermedad hematológica, el pronóstico es pobre. Duguid et al. informaron de que el 75% de los pacientes con PG y leucemia mieloide aguda fallecían dentro del 1º año tras la aparición de las lesiones.

Conclusiones. Presentamos el caso de un PG ampoloso con una leucemia mieloide aguda subyacente, con clínica e histología típicas. Consideramos importante el reconocimiento de esta entidad, que puede constituir la primera pista de una neoplasia hematológica subyacente y aportar información pronóstica de la enfermedad.

P2. HEMANGIOMA ELASTÓTICO ADQUIRIDO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

P. Martín Alonso, M. Núñez Cabezón, D. González González, B. López Martínez, Á. Velasco Villagarcía, P. Vázquez Giraldo y R. Giménez García

Hospital Universitario Río Hortega. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Valladolid. España.

Introducción. El hemangioma elastótico adquirido es una variante clínico-patológica de hemangioma adquirido que aparece en la edad adulta y que se caracteriza por presentarse como una placa roja asintomática en zonas de daño actínico.

Casos clínicos. Presentamos tres pacientes cuyo rango de edad se encuentra entre los 54 y los 74 años. Todos ellos presentan una lesión tipo placa eritematosa en la mano o extremidad superior. Los tres pacientes refieren una exposición crónica al sol. El estudio histopatológico reveló, en todos los casos, una epidermis sin lesiones relevantes, observándose en la dermis superficial ocasionales vasos capilares de paredes finas, mínimamente dilatados, con endotelios hinchados y aplanados, paralelos a la superficie y dispuestos entre una leve elastosis actínica.

Discusión. El hemangioma elastótico adquirido (HEA) es una variante clinicopatológica del hemangioma adquirido que se caracteriza por ser una proliferación benigna vascular solitaria a modo de placa, de color desde rosáceo a violáceo. Las lesiones aparecen habitualmente en zonas expuestas a daño actínico. Dese el punto de vista histopatológico, presenta una proliferación de canales vasculares en la dermis, dispuestos paralelamente con respecto a la epidermis, involucrando la dermis papilar y la zona superior de la dermis reticular, asociado a degeneración elastótica. El HEA debería ser una patología diferenciada de otras proliferaciones vascula-

res cutáneas adquiridas. Probablemente se trata de una patología infradiagnosticada, siendo interpretada con frecuencia como un hemangioma convencional. Se presenta en pieles con daño actínico como una placa solitaria eritematosa con apariencia angiomatosa.

P3. PORFIRIA CUTÁNEA TARDA ASOCIADA A HEMOCROMATOSIS Y AL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

L. Reguero del Cura^a, M. Drake Monfort^a, I. Navarro Fernández^a y A.E. López Sundh^a

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Mujer de 27 años que presentaba desde hacía seis meses lesiones ampollosas en dorso de manos tras mínimo traumatismo y aumento del vello facial. Como antecedentes destacaban un hipotiroidismo subclínico y una hemocromatosis hereditaria (C282Y/C282Y) que trataba con flebotomías. Además, usaba anticonceptivos orales (Gestodeno/Etinilestradiol), desde hacía tres meses. Consumía alcohol de forma esporádica. A la exploración física destacaba una tez morena, hirsutismo malar y la presencia de lesiones erosivo-costrosas y cicatriciales en dorso de manos con preferencia por zonas de mayor roce. Ante la sospecha de porfiria cutánea tarda se solicitó estudio de porfirinas en orina de veinticuatro horas que resultaron elevadas. La porfiria cutánea tarda esporádica o tipo I es la porfiria más frecuente y se caracteriza por la disminución de la actividad hepática de la uroporfirinógeno descarboxilasa (UROD), que provoca la acumulación de metabolitos fotosensibles que son excretados en la orina y las heces. La clínica aparece cuando se asocian varios factores desencadenantes como hepatitis, hemocromatosis, alcohol o estrógenos. Las manifestaciones clínicas incluyen, fragilidad de la piel con formación de ampollas, erosiones, cicatrices, milia, hiperpigmentación, hipertriosis y cambios esclerodermiformes en zonas fotoexpuestas. La mutación C282Y del gen HFE parece ser la más asociada al acúmulo de hierro en los hepatocitos y en homocigosis condiciona síntomas más graves y tempranos. Tanto el acúmulo de hierro intracelular como la terapia con estrógenos induce la formación de especies reactivas de oxígeno lo cual reduce la actividad de la UROD. El tratamiento consiste en control de los factores precipitantes y flebotomías periódicas que en este caso son también el tratamiento de elección para la hemocromatosis. Además, se indicó la retirada de los anticonceptivos orales pudiendo ser sustituido por dispositivos subdérmicos con los cuales no se ha descrito recidiva de la clínica.

P4. ENFERMEDAD DE BOWEN PAGETOIDE, UN DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

D. Ruiz-Sánchez^a, G. Martínez García^b, J. Valtueña^a, V. Volo Bautista^a, L. Barrutia Etxebarria^a, M. Garayar Cantero^a, Á. Aguado García^a, C. Gutiérrez Rodríguez^a y P. Manchado López^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Antecedentes. La enfermedad de bowen pagetoide (EBP) es una variante histológica muy infrecuente del carcinoma escamoso in situ caracterizada por la presencia de nidos de células pálidas, localizadas en solitario o en grupos, en la epidermis.

Caso clínico. Hombre de 81 años que presentaba una placa eritemato-descamativa con ligera ulceración central de 2,2 x 1,2 cm, en región anterior derecha del cuello de varios meses de evolución. En la biopsia se observa una neoplasia epitelial maligna infiltrante hasta la grasa subcutánea, extensamente ulcerada, que presenta 2 patrones de expansión. El primero es intraepidérmico, con amplia

extensión anexial pilosebácea y ductal ecrina. Lo forman células sueltas y grupos celulares de tamaño variable, que presentan núcleo redondeado vesiculoso nucleolado y citoplasmas amplios con frecuencia aclarados. El segundo patrón es el invasivo, que forma masas celulares de tamaño variable, confluentes, con células más inmaduras o basaloideas, pero en el interior de los nidos también se observan células de citoplasma aclarado con un citoplasma a veces de aspecto microvacuolado. El estudio inmunohistoquímico muestra en células neoplásicas expresión de citoqueratina AE1 AE3, citoqueratina 7, EMA, BCL2, y BerEP4, y negatividad para citoqueratina 20, CD56, enolasa, sinaptofisina, GCDFP 15, vimentina, neurofilamentos, y CEA.

Conclusiones. El diagnóstico diferencial de las células pagetoides dentro de la epidermis se realiza principalmente entre la EBP, la enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) y el melanoma maligno pagetoide (MMP). Para diferenciarlos el uso de la inmunohistoquímica es a menudo imprescindible. En el MMP el S100 positivo nos dará el diagnóstico diferencial, además este no contiene citoqueratinas. La positividad a la citoqueratina 7 que se creía específica de la EPEM también puede estar presente en EBP. El diagnóstico diferencial ha de realizarse por tanto con la citoqueratina 20, el GCDFP 15, y el CEA que son más específicos de la EPEM.

P6. CANDIDIASIS QUE NO MEJORA TRAS TRATAMIENTO

B. Vázquez-Losada^a, M. Mir-Bonafe^a, J. Auban-Pariente^a, B. Gómez-Vila^a, J. Santos-Juanes^a, Y. Hidalgo-García^a, S. Gómez-Díez^a, P. del Burgo-Morales^b, S.J. Sánchez-Luizaga^b y A. de Dios-Velázquez^a

Servicio de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción. El diagnóstico de las lesiones en región anogenital puede resultar complejo. Las especiales condiciones de calor, humedad y facilidad para la sobreinfección, así como la escasa sintomatología específica de cada enfermedad favorecen el enmascaramiento diagnóstico.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 62 años sin antecedentes personales ni familiares de enfermedades cutáneas, con antecedente de enteritis rádica tras adenocarcinoma de recto, que consultó por aparición de lesiones erosivas perianales así como pápulas blanquecinas de un mes de evolución. El cuadro se exacerbaba en sus frecuentes períodos de diarrea, especialmente desde el inicio de tratamiento con enzimas pancreáticas suplementadas. Tras el hallazgo de cultivos positivos para *Candida albicans*, se pautaron diversos tratamientos antifúngicos y antibióticos, sin mejoría. La biopsia mostró una epidermis con hiperplasia epitelial con acantólisis y células disqueratóticas. En dermis se observó un infiltrado crónico linfoplasmocitario. Se planteó entonces como principal diagnóstico la disqueratosis acantolítica papular perianal, agravada tanto por la sobreinfección como por la dermatitis irritativa subyacente.

Discusión. La disqueratosis acantolítica papular (DAP), descrita en 1984, es una entidad poco frecuente que pertenece al grupo de las dermatosis acantolíticas focales, siendo una forma persistente y localizada. Afecta principalmente a mujeres, generalmente afectando a los labios mayores o canal anal en forma de múltiples pápulas o placas blanquecinas que tienden a erosionarse. Entre el diagnóstico diferencial se encuentran las erosiones irritativas, infecciosas, la enfermedad de Paget y algunos trastornos ampollosos adquiridos o hereditarios.

Se han ensayado múltiples tratamientos con resultados variables, entre ellos, esteroides tópicos y sistémicos. Inicialmente considerada una entidad independiente, su relación con la enfermedad de Darier (ED) o con el pénfigo benigno familiar (PBF) es a día de hoy todavía discutida debido a la semejanza histológica con ambas entidades.

P7. INFECCIÓN DISEMINADA POR HONGOS DEL GÉNERO FUSARIUM: LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA CUTÁNEA EN FORMA DE ECTIMA GANGRENOSO-LIKE

V. Volo Bautista^a, E.L. Garabito Solovera^a, D. Ruiz Sánchez^a, L. Barrutia Etxebarria^a, A.M. Carballido Vázquez^a, A.M. Antón Márquez^a, T. Vega López^a, J. Valtueña Santamaría^a, G. Martínez García^b y P. Manchado López^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. *Fusarium* es un género de hongos patógenos oportunistas. La infección diseminada frecuentemente aparece en pacientes con neutropenia tras quimioterapias o trasplantes de células hematopoyéticas. Se suele llegar al diagnóstico de enfermedad diseminada mediante el estudio de las lesiones cutáneas y un hemocultivo positivo para el crecimiento de *Fusarium*, habiendo o no afectación de otros órganos (senos paranasales, pulmón u otros). La falta de diagnóstico temprano y la resistencia de este microorganismo a varios antimicóticos conducen a un mal pronóstico con una tasa de mortalidad superior al 80%.

Presentación del caso. Mujer de 63 años que ingresó en el Servicio de Hematología por hallazgo casual de una leucemia mieloide aguda, se comienza tratamiento quimioterápico. En el día +7 de tratamiento la paciente comienza con clínica de fiebre y MEG y una lesión cutánea en rodilla derecha en forma de placa eritematosa de 1,2 x 2 cm, con centro negruzco-necrótico ectima gangrenoso-like. Posteriormente aparecen múltiples lesiones cutáneas similares en extremidades y tronco. Se realizan hemocultivos positivos para *Fusarium proliferatum*. El estudio histológico muestra estructuras micóticas (esporas e hifas) en dermis, tejido adiposo e intravasculares de dermis superficial y profunda y tejido celular subcutáneo. Se inicia tratamiento con anfotericina B y voriconazol. Desgraciadamente la paciente empeora rápidamente, falleciendo al día siguiente.

Discusión. Se trata de un caso clínico característico de infección diseminada por *Fusarium* en una paciente inmunodeprimida. En este caso, se destaca la necesidad de conocer los pacientes con mayor riesgo de desarrollo de este tipo de trastornos, las manifestaciones cutáneas típicas y las pruebas complementarias necesarias para llevar a cabo el diagnóstico. Todo esto nos permitirá realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento antimicótico adecuado, que incluya la anfotericina B y el voriconazol, para así poder disminuir la tasa de mortalidad de esta infección grave.

P8. RIESGO DE FIBROSIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA A GRAVE TRATADOS CON METOTREXATO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE DERMATOLOGÍA EN ESPAÑA: ESTUDIO FIRST

R. Rivera Díaz^a, M. Ferran Farres^b, E. Vilarrasa Rull^c, M. Ribera Pibernat^d, E. Roe Crespo^e, T. Kueder Pajares^e, A.I. Zayas Gavilá^f, L. Martínez-Molina^f, F.J. Mataix Díaz^h, I.M. Rodríguez-Navadoⁱ, T. Usero-Bárcena^j, D. de la Mano Orejon^k, M.C. García-Donoso^l, G. Guinea Uzabal^m, V. Martín Vázquez^m y A. Olveira Martínⁿ

Departamento de Dermatología. ^aHospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ^bHospital del Mar. Parc de Salut Mar. ^cHospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ^dHospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ^eHospital de Fuenlabrada. Madrid. ^fDoctor Peset University Hospital. Valencia. ^gHospital de Viladecans. ^hMarina Baixa Hospital. Alicante. ⁱHospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ^jHospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ^kHospital San Agustín. Avilés. Principado de Asturias. ^lHospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ^mDepartamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona. ⁿServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Los pacientes con psoriasis moderada-grave presentan mayor prevalencia y gravedad de enfermedad hepática grasa no alcohólica. Metotrexato (MTX) es un fármaco hepatotóxico que pudiera influir en este riesgo. El estudio FirST analizó el impacto de la psoriasis moderada-grave en la calidad de vida, respuesta clínica y riesgo de esteatosis/fibrosis hepática, en pacientes tratados con MTX en práctica clínica habitual en España.

Métodos. Estudio observacional, no intervencionista, transversal y retrospectivo. Pts \geq 18 años con PsO en placa moderada-grave con MTX \geq 16 semanas (S) antes de inclusión. Datos clínicos de una única visita clínica rutinaria. Resto de datos retrospectivos de historia clínica. Hepatopatía: 1) riesgo esteatosis (HSI; riesgo alto \geq 36), 2) riesgo fibrosis avanzada F3-F4 (FIB-4 [bajo < 1,3; alto > 2,67; intermedio 1,3-2,67]; NAFLD-FS [bajo < -1,455; alto > 0,676; intermedio -1,455-0,676]). Se correlacionaron características basales y riesgo de fibrosis.

Resultados. Fueron 457 (96%) pts evaluables: hombres = 56%; edad media (DE) = 53,3 (14) años; diagnóstico PsO = 10,8 (12,8) años; IMC = 28 (5,1) kg/m²; consumo alcohol (> 30 g/d) = 3%. Comorbilidades: artritis psoriásica = 18,4%; metabólicas = 44%; cardiovasculares = 27,5%; síndrome metabólico = 22%; psiquiátricas = 13%; filtrado glomerular < 90mL/min = 30%. MTX: dosis media = 12,6 (4,6) mg/S; tiempo medio (DE) = 2,5 (2,7) años. Hepatopatía: 1) 64,1% pts mostraron riesgo alto de esteatosis hepática; 2) 37,2% riesgo intermedio/alto de fibrosis hepática avanzada por NAFLD-FS (32,9% y 4,3%, respectivamente) y 26,4% por FIB-4 (24,9% y 1,5%, respectivamente). Pts con riesgo intermedio/alto de fibrosis avanzada, mediante ambos índices, llevaban más tiempo con MTX: NAFLD-FS > -1,455: 158,1 (203,3) S vs. < -1,455: 118 (114,6) S; p = 0,0356; FIB-4 > 1,3: 181,7 (201) S vs. < 1,3: 108,6 (190,4) S; p < 0,0001. Edad (64,2 [12] vs. 46,6 [12,1] años; p < 0,0001) e IMC (29,8 [6] vs. 26,7 [4,4] kg/m²; p < 0,0001) correlacionados con riesgo intermedio/alto de fibrosis.

Conclusiones. Pacientes con psoriasis y uso más prolongado de MTX presentan mayor riesgo de fibrosis hepática avanzada F3-F4.

P9. MANCHA MONGÓLICA ECTÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. López Martínez, Á. Velasco Villagarcía, P. Vázquez Giraldo, P. Martín Alonso y R. Giménez García

Hospital Río Ortega de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La “mancha mongólica” es una melanocitosis dérmica congénita que aparece típicamente en la región lumbosacra o glúteo-sacra, y que generalmente desaparece cuando el niño alcanza los 3-5 años. Raramente las lesiones se presentan en localizaciones atípicas denominándose mancha mongólica aberrante, ectópica o atípica. Presentamos el caso de una mancha mongólica ectópica localizada en una pierna.

Caso clínico. Niño de 9 meses, derivado a Dermatología por sospecha de un nevus congénito de 4,5 x 2,5 cm en el tobillo derecho. La madre refiere que la “mancha” está aclarándose con el paso del tiempo. Exploración: lesión maculosa hiperpigmentada de unos 4,5 x 3 cm en el tobillo derecho, con patrón dermatoscópico de melanocitosis dérmica, compatible con mancha mongólica aberrante.

Discusión. La mancha mongólica se encuentra presente con mayor frecuencia en recién nacidos asiáticos, de raza negra, hispanos y caucásicos. Esta determinada por la concentración de melanina en los melanocitos dérmicos, el número de melanocitos dérmicos y su profundidad más que con un origen racial o étnica. Aunque generalmente se trata de una lesión aislada puede asociarse con disrafismo espinal, neurocristopatías y en el contexto de facomatosis pigmento vascular acompañar a otras malformaciones vasculares y otras proliferaciones melanocíticas. La mancha mongólica aberrante se define por la presencia de la melanocitosis en otras

localizaciones diferentes a la lumbosacra, como: hombros, cuello, región occipital, zona inervada por la rama mandibular del nervio trigémino, pabellón auricular, extremidades, abdomen, región media o superior de la espalda. La regresión espontánea es menos frecuente. El tratamiento mediante laserterapia parece ser el más eficaz.

Conclusiones. Es importante el reconocimiento de la mancha mongólica ectópica por su dificultad diagnóstica, la posibilidad de asociación a otras patologías y, a diferencia de la forma clásica, su posible persistencia, ocasionando un problema cosmético de difícil manejo terapéutico.

P10. NODULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.O. Hernández Herrero^a, L. de la Sierra Matilla^a, D. González González^b y R. Giménez García^c

Servicios de ^aRadiología, ^bAnatomía Patológica y ^cDermatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción. El nódulo de la hermana María José es un signo que refiere la presencia de un nódulo en región periumbilical asociado a metástasis de neoplasia maligna de pelvis o abdomen, que generalmente indica un mal pronóstico. Presentamos dos casos.

Casos clínicos. Caso 1: varón de 64 años, derivado por lesión en región umbilical, de 3 meses de evolución, nodular, supurativa, que ha ido creciendo. Se realiza biopsia cutánea con resultado de infiltración por adenocarcinoma metastásico. Estudio radiológico TAC presenta masa hepática en torno a vesícula biliar sugestivo de carcinoma vesicular con implantes peritoneales y metástasis umbilical. Caso 2: mujer de 71 años, con antecedentes de colecistectomía que consulta por la aparición de un nódulo en región del ombligo. Biopsia cutánea objetiva infiltración neoplásica maligna epitelial. Tras estudio radiológico TAC, toma endometrial y biopsia de cérvix se establece diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen endometrial (carcinoma seroso).

Discusión. El cáncer metastásico umbilical puede asociarse a una gran variedad de tumores primarios, más usualmente a cáncer de ovario o tracto gastrointestinal, hecho observado y descrito inicialmente por la hermana María José, ayudante del cirujano Dr. Mayo, que relacionó la presencia de estos nódulos umbilicales en pacientes con tumores abdominales. Generalmente se asocia a mal pronóstico e inoperabilidad, con un tiempo medio de supervivencia inferior a 10 meses. En un 52% de los casos el tumor originario es gastrointestinal (23 % cáncer gástrico, 15 % de colon, 10 % de páncreas) y en el 28 % de los casos ginecológico (16% cáncer de ovario, menos frecuentemente de útero, cuello uterino).

Conclusión. La presencia de un nódulo umbilical puede corresponder a la primera manifestación de una neoplasia y se requiere una evaluación rápida. Es particularmente importante la realización de una biopsia cutánea para la orientación diagnóstica y un tratamiento lo más precoz posible

P11. FITOFOTODERMATOSIS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

F. Bottani, R. Dinu Pistolea, M.J. Jiménez Mazuelas, S. Sánchez Ramón y R. Giménez-García

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Facultad de Medicina. Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La fitofotodermatitis es una reacción inflamatoria cutánea causada por el contacto con una planta que tenga sustancias fotosensibilizantes (furocumarinas) y posterior exposición a la

luz solar. Presentamos dos casos de fitofotodermatitis por *Robinia pseudoacacia* y *Ficus carica*

Casos clínicos. Caso 1: varón de 22 años que presentó lesiones cutáneas tras el contacto el día anterior con las ramas de *Robinia pseudoacacia*. Clínicamente, se observaban máculas hiperpigmentadas, eritematosas, sin prurito y con una ampolla en la superficie de contacto de los antebrazos. Caso 2: mujer de 85 años, que acude al servicio de urgencias por presentar lesiones vesiculoampollosas en las palmas de las manos, tras contacto con una higuera.

Discusión. La *Robinia pseudoacacia*, contiene psoralenos, que son un tipo de furocumarinas fotosensibilizantes. Algunos psoralenos, como isopreno, monoterpeneo y sesquiterpeneo son emitidos por especies de coníferas y árboles de hoja caduca, entre las cuales se encuentra la Robinia. La higuera (*Ficus carica* L.) es un árbol muy común, y su savia contiene algunas encimas, como las furocumarinas (5-metoxipsoralen) que protegen sus hojas de la infección por hongos patógenos. En contacto con la piel asociado a radiación ultravioleta pueden causar muerte celular por entrecruzamiento del DNA que bloquea la división celular, reparación del DNA y síntesis del DNA. La presentación clínica del cuadro incluye dolor, sensación de ardor, eritema y edema que aparecen en las primeras 24 h tras la exposición. En 48-72 horas pueden desarrollarse lesiones vesiculosas o ampollosas. Posteriormente pueden aparecer lesiones hiperpigmentadas que permanecen durante meses e incluso años.

Conclusión. Tanto la *Robinia pseudoacacia* como la higuera son árboles muy extendidos en nuestro medio. Debido a las sustancias fotosensibilizantes que contiene (psoralenos), es posible que provoque reacciones de fototoxicidad cutánea en presencia de radiación UVA, especialmente en profesiones de riesgo como jardinería o agricultura.

P12. “SECUKINUMAB DEMUESTRA UN PERFIL DE SEGURIDAD CONSISTENTE A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ANÁLISIS AGRUPADO DE SEGURIDAD ACTUALIZADO”

S. Armesto^a, A.B. Gottlieb^b, A. Deodhar^c, I.B. McInnes^d, X. Baraliakos^e, K. Reich^{f,g}, S. Schreiber^h, B. Weibinⁱ, K. Marfo^j, H.B. Richards^k, L. Pricop^l, A. Shete^l, J. Safi^l, P.J. Mease^k y M. Lebwohl^l

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España. ^bDepartamento de Dermatología. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. EE. UU. ^cDivisión de Artritis y Enfermedades Reumáticas. Oregon Health & Science University. SW Sam Jackson Park Road. Portland. EE. UU. ^dServicio de Reumatología. University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ^eServicio de Reumatología Bochum. Rheumazentrum RuhrgebietHerne. Ruhr-University Bochum. Alemania. ^fUniversity Medical Center Hamburg-Eppendorf. Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel. Alemania. ^gServicio de Dermatología. Skinflammation® Center. Hamburgo. Alemania. ^hServicio de Reumatología Kiel. University Hospital Schleswig-Holstein. Alemania. ⁱNovartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EE. UU. ^jNovartis Pharma AG. Basilea. Suiza. ^kServicio de Reumatología. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. EE. UU. ^lServicio de Dermatología. Mount Sinai Hospital. Nueva York. EE. UU.

Antecedentes y objetivo. Análisis agrupado a largo plazo (5 años) de ensayos clínicos (EECC) y datos de vigilancia de seguridad postautorización (VSPA) de secukinumab (SEC) en pacientes (pts) con psoriasis (PsO), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).

Material. El análisis incluyó datos agrupados de 28 EECC aleatorizados controlados con SEC 300/150/75 mg en PsO (11 fase 3 y 8 fase 4), APs (5 fase 3) y EA (4 fase 3) y de VSPA (25/12/2018).

Resultados. Se analizaron 12637 (8819, 2678 y 1140) pts con PsO, APs y EA, con una exposición (exp) a SEC de 15063,3, 5984,6 y 3527,2 PA, respectivamente. El AA más frecuente fue nasofaringitis. La TIAE/100 PA de AAs de especial interés (AAEIs, IC95%) permaneció baja para PsO/APs/EA: infecciones graves = 1,4 (1,2-1,6)/1,8 (1,5-2,2)/1,2 (0,9-1,6), candidiasis = 2,9 (2,7-3,2)/1,5 (1,2-1,9)/0,7 (0,5-1,1), enf. inflamatoria intestinal (EII) = 0,01 (0,0-0,05)/0,03 (0,0-0,1)/0,03 (0,0-0,2), enf. Crohn = 0,1 (0,05-0,2)/0,1 (0,04-0,2)/0,4 (0,24-0,7), colitis ulcerosa = 0,1 (0,08-0,2)/0,1 (0,04-0,2)/0,2 (0,1-0,5), AAs cardiovasculares mayores (MACE) = 0,4 (0,3-0,5)/0,4 (0,3-0,6)/0,7 (0,4-1,0), uveítis = 0,01 (0,0-0,05)/0,1 (0,04-0,2)/1,2 (0,9-1,7) y neoplasias = 0,9 (0,7-1,0) /1,0 (0,77-1,3)/0,5 (0,3-0,8). La exp media (DE) y fallecidos (n, %) para PsO, APs y EA fue 623,9 (567,7), 816,2 (580,7) y 1130,1 (583,0) y 14 (0,2) 11 (0,4) 9 (0,8) respectivamente. Exp acumulada postautorización a SEC estimada: -285811 PA (3 indicaciones). La tasa reportada de los principales AAEIs fue (n, PA): infecciones graves = 3980 (1,4), neoplasias = 788 (0,3), enfermedad inflamatoria intestinal total = 693 (0,2) y MACE = 504 (0,2).

Conclusión. En esta actualización de un conjunto de datos de EECC a largo plazo y de VSPA de pts con PsO, APs y EA, SEC fue bien tolerado con un perfil de seguridad consistente con estudios previos.

P13. “EFICACIA DE SECUKINUMAB VERSUS USTEKINUMAB EN PACIENTES ESTRATIFICADOS POR SU ESTADO DE AFECTACIÓN UNGUEAL BASAL”

P. Coto Segura^a, C. Conrad^b, C.-E. Ortmann^c, M. Vandemeulebroecke^c, T. Kasperek^b y K. Reich^d

^aUnidad de Dermatología. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. España. ^bDepartamento de Dermatología. Lausanne University Hospital CHUV. Lausanne. Suiza. ^cNovartis Pharma AG. Basilea. Suiza. ^dUniversity Medical Center Hamburg-Eppendorf, and Skinflammation® Center. Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel. Hamburgo. Alemania.

Antecedentes y objetivo. Análisis de datos agrupados de los estudios CLEAR y CLARITY para comparar los potenciales efectos diferenciales de secukinumab (SEC) vs. ustekinumab (UST) por estado de afectación ungueal basal (AUB).

Material y métodos. Los datos agrupados se estratificaron por estado de AUB y se analizó el % de pacientes (pts) con PASI75/90 durante 52 semanas (s) y los pts con valores del Índice de la Severidad del Área de Psoriasis (PASI) absoluto ≤ 3 y ≤ 1 a las s16 y 52 (datos observados).

Resultados. Al inicio, 30,4% pts SEC y 29,7% pts UST, mostraban AU. Los pts con AU tenían mayor duración de la psoriasis (Pso) que sin AU (16,6 años en ambos). Un % más elevado de pts con AU tenían artritis psoriásica que sin AU. Un % similar de pts con y sin AUB alcanzaron PASI75/90 en SEC. En cambio, un % más elevado de pts en UST sin AUB alcanzaron PASI75/90 vs AUB. A las s16 y 52, pts en SEC, independientemente de la AUB, mostraron mayor PASI ≤ 3 vs. UST. En SEC, las respuestas PASI ≤ 3 fueron comparables en pts con y sin AUB, vs. UST, donde PASI ≤ 3 más altos en pts sin AUB vs. con AUB. La tendencia fue similar para PASI ≤ 1 .

Conclusiones. Los pts en SEC, independientemente de la AUB, tuvieron mejor evolución de los resultados de PASI vs. UST a lo largo de 52s. La eficacia de SEC fue similar con y sin AUB. En UST, los pts sin AUB mostraron mejor evolución PASI que los pts con AUB. AUB puede predecir la respuesta en pts con Pso tratados con UST y facilita la toma de decisiones cuando el cambio de clase está indicado en pts con respuesta subóptima a UST.

P14. EFICACIA Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN CASTILLA Y LEÓN

C.M. Delgado Mucientes^a, J. Valtueña^a, M. Roncero Riesco^b, E. Martín Sáez^c, S. Pérez Santos^d, N. Eiris Salgado^e, T. Pozo Román^f, M. Garayar Cantero^a, Á. Aguado García^a, D. Ruiz Sánchez^a, V. Volo^a, L. Barrutia Etxebarria^a, M. Medina Migueláñez^b, E.L. Garabito Solovera^a, A. Santamarina Albertos^a, C. Sanz Muñoz^a, C. Muñoz Fernández-Lomana^a, M.C. Gutiérrez Rodríguez^a, J. Ingelmo González^a, M.C. Gutiérrez Ortega^c, M.Á. Rodríguez Prieto^e, C. Román Curto^b y P. Manchado López^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ^bHospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ^cComplejo Hospitalario Universitario de Burgos. Burgos. ^dHospital General. Segovia. Segovia. ^eComplejo Asistencial Universitario de León. ^fHospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción y objetivos. Secukinumab es un fármaco biológico inhibidor de IL-17 que ha demostrado una elevada eficacia y seguridad para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Nuestro estudio evalúa la eficacia, seguridad y persistencia de secukinumab en los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados en los servicios de Dermatología de 6 hospitales de Castilla y León.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con secukinumab en las provincias de Burgos, León, Salamanca, Segovia y Valladolid, en el periodo comprendido entre febrero de 2015 y octubre de 2019, con un seguimiento de al menos 3 meses.

Resultados. Ciento diez pacientes iniciaron tratamiento con secukinumab, obteniendo datos clínicos de 84 pacientes. El 69% eran varones; la media de edad fue de 47,4 años; el 33,7% presentaba artritis psoriásica, el 17,6% síndrome metabólico y el 42,7% era naïve a biológico. La media del tiempo de evolución de la psoriasis fue de 17,88 años. La media de PASI basal: 16,4. La forma más frecuente de psoriasis (86,7%) en placas. De los 54 pacientes sobre los que disponemos del PASI a los 12 meses el 61 % mantienen el PASI 90. De los 35 pacientes sobre los que disponemos del PASI a los 24 meses el 80% mantienen el PASI 90. La media de tiempo de tratamiento con secukinumab fue de 29,8 meses. En cuanto a seguridad, la mayoría de los eventos adversos fueron leves, destacando candidiasis mucocutáneas y otras infecciones bacterianas. La persistencia del tratamiento fue del 62,7%.

Conclusiones. Secukinumab es un tratamiento seguro y eficaz para pacientes con psoriasis moderada-grave como muestra nuestro estudio. Los datos de efectividad y persistencia presentados son similares a los publicados en los ensayos clínicos y en otras series de práctica clínica real.

P15. CON ADALIMUMAB BIOSIMILAR SIENTO MARIPOSAS EN MI CORAZÓN ¿SERÁ AMOR?

S. Armesto Alonso^a, J. Sánchez Gundín^b, M.C. González Vela^c, B. Castro Gutiérrez^a, M. Drake Monfort^a, M. Marcellan^a, C. Abaira Meriel^a, P. Munguía Calzada^a, C. López Obregón^a, E. Dávila Armesto^d, A. E. López Sunted^a, C. Gómez Fernández^a y M.A. González Gay^e

Servicios de ^aDermatología, ^bFarmacia Hospitalaria y ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dServicio de Cardiología. HU 12 de Octubre. Madrid. ^eServicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Adalimumab innovador no presenta en su ficha técnica la arritmia o la taquicardia como efecto adverso. Curiosamente uno de los biosimilares considera la taquicardia como efecto adverso frecuente y la arritmia como suceso poco frecuente. Esta información la obtuvimos después de que dos pacientes que presentaban esta problemática la sufrieran en un corto periodo de tiempo. Un varón de 57 años sin an-

tecedentes previos que recuperó su ritmo sinusal después de tres cardioversiones y de una mujer de 26 años con una comunicación intraventricular restrictiva asintomática. En este último caso podía considerarse que su taquicardia podría tener un origen secundario a su patología previa pero su cardiólogo reafirma la alteración del ritmo sinusal categóricamente a la administración de adalimumab biosimilar. Nos parece interesante dar a conocer este efecto dado que a pesar de la experiencia obtenida durante años con numerosos pacientes nos encontramos con dos casos en una misma semana. La coincidencia puede dar lugar a diversas hipótesis sobre modificaciones en el proceso o en el fármaco pero el hecho claro es que figura en la FT como frecuente y es una complicación relativamente seria pues uno de nuestros pacientes requirió una cardioversión manual ante el fracaso de las técnicas habituales para revertir su fibrilación auricular. Existe bibliografía escasa referente a este evento pero sí se describe en nuestro conocimiento una arritmia ventricular relacionada con la administración de adalimumab. Ciertamente la literatura no refleja los estudios realizados y plasmados en la FT de adalimumab biosimilar.

P16. EL DILEMA QUE CUESTA VIDAS: SUSANA, ME HE QUEDADO EMBARAZADA EN TRATAMIENTO CON APREMILAST...

S. Armesto Alonso^a, J. Sánchez Gundín^b, M.C. González Vela^c, B. Castro Gutiérrez^a, M. Drake Monfort^a, A. Quintana Sancho^a, C. Naharro Fernández^a, C. Abaira Meriel^a, C. Duran Vian^a, G. Pérez Paredes, M.A. González López^a y M.A. González Gay^d

Servicios de ^aDermatología ^bFarmacia Hospitalaria, ^cAnatomía Patológica y ^dReumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Apremilast es un fármaco categoría C. No existen datos de su posible efecto en humanos, pero la pérdida fetal en ratones llevó a contraindicar su uso durante el embarazo por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). La ficha técnica (FT) de apremilast contraindica el embarazo durante su utilización exigiendo un método contraceptivo adecuado.

Según FT los efectos de apremilast sobre el embarazo incluyeron pérdida embriofetal en ratones y monos, disminución del peso fetal y retraso en la osificación en ratones a dosis superiores a la dosis máxima humana actualmente recomendada. No se observaron dichos efectos cuando la exposición en los animales fue a dosis 1,3 veces la exposición clínica. Presentamos dos casos de pacientes de 44 y 26 años en tratamiento con apremilast (2 años y 2,5 años) que se quedaron embarazadas durante el tratamiento en el primer trimestre. En la actualidad se encuentran en el segundo trimestre (18 y 20 semanas). Ambos fetos están vivos y sin anomalías estructurales. Ambas se mantienen con tratamientos tópicos y si bien la primera presenta un empeoramiento de su psoriasis importante, la segunda se mantiene con una psoriasis leve. En ocasiones la medicina basada en la evidencia puede conducirnos a dilemas morales con resultados inciertos. En nuestro caso presuponemos que este año tendremos 2 niños más en nuestra comunidad por decisión de dos mujeres que quisieron ser madres resolviendo el dilema ético y según dicta su historia obstétrica de una forma acertada.

P17. DAME ILUSIÓN, ESPERANZA, GANAS DE VIVIR Y NO ME OLVIDES (FRIDA KAHLO)

S. Armesto Alonso^a, J. Sánchez Gundín^b, M.C. González Vela^c, B. Castro Gutiérrez^a, M. Drake Monfort^a, A. Quintana Sancho^a, C. Abaira Meriel^a, C. Durán Vian^a, M. Marcellan Fernández^a, A. Illaro Urange^b, L. Reguero^a, C. Naharro Fernández^a, A.E. López Sundh^a, P. Munguía Gómez^a, J.G. Ocejó Viñals^d, C. Gómez Fernández^a, M.A. González López^a y M.A. González Gay^e

Servicios de ^aDermatología, ^bFarmacia Hospitalaria, ^cAnatomía Patológica, ^dInmunología y ^eReumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Paciente de 42 años que acude a la consulta ante la presencia de una erosión de 3 cm limpia y extremadamente dolorosa. Descartamos clínicamente una tiña inflamatoria, una patomimia y una foliculitis decalvante. Se realizaron cultivos y tres biopsias sucesivas. La primera de ella definía una disqueratosis acantolítica con afectación folicular pero los diagnósticos ofrecidos no encuadraban adecuadamente. La tercera biopsia confirma lo que ya esperábamos: pénfigo vulgar con inmunofluorescencia positiva. En este tiempo la lesión inicial cubre la región parietal y occipital. Esperando el diagnóstico y después de obtenerlo la paciente fue tratada con: rifampicina y clindamicina, acitretina, prednisona 50mg, metotrexato 20mg, siendo metabizadora lenta utilizamos azatioprina dosis habitual. Finalmente recurrimos a combinaciones. Pero el tratamiento final consistió en prednisona 50 mg, micofenolato, dosis máxima, rituximab según protocolo, E inmunoglobulinas iv. En estas circunstancias el cc mejoró pero no fue capaz de cicatrizar y la paciente hizo dos sepsis con ingreso hospitalario. Intentando eliminar la prednisona añadimos apremilast. No conseguimos que la dosis de prednisona descendiera de 30 mg pero si la curación clínica. La plasmaferesis, según hematología, no estaba indicada. En nuestra vida encontramos pacientes fáciles y muy complejos. Yo admito consejos. La paciente está curada a un coste muy alto, ¿Se mantendrá? ¿Podremos algún día reducir su medicación? Pero no hay montaña lo suficientemente alta, no hay valle lo suficientemente profundo, no hay río lo suficientemente ancho, que nos impida tener esperanza.

P18. LESIONES CUTÁNEAS EN UN SÍNDROME DE EHLERS DANLOS CON FENOTIPO CLÁSICO

M.C. Gutiérrez Rodríguez^a, D. Ruíz Sánchez^a, J. Medina Luezas^b, G. Martínez García^c, C. Delgado Mucientes^a, J. Valtueña Santamaría^a, L. Barrutia Etxebarria^a, V. Volo Bautista^a y P. Manchado López^a

Servicios de ^aDermatología, ^bReumatología y ^cAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España.

Introducción. El síndrome de Ehlers-Danlos (SED) comprende un grupo heterogéneo clínica y genéticamente de trastornos hereditarios del tejido conectivo, que se caracterizan por hiper movilidad articular, hiperextensibilidad cutánea y fragilidad tisular.

Caso clínico. Mujer de 43 años con antecedentes de osteoporosis, ferropenia, fractura de escafoides, tibia y del tercer dedo de la mano izquierda, esguinces de manos y pies, dolor articular y luxaciones, diástasis abdominal posgestacional, intervenida de nódulos laríngeos y prolapso de útero de grado IV. Comenzó hace dos años y medio con pápulas y placas asintomáticas en el escote y posteriormente en los costados y extremidades superiores, con pérdida de consistencia en el tejido dérmico por disminución de las fibras elásticas, que hacen que la dermis protuya abombando la epidermis y marcando los orificios foliculares. Presenta hiperextensibilidad cutánea, signo de Gorlin positivo, hiper movilidad articular en codos, metacarpofalángicas, tobillos y metatarsofalángicas. Realizamos biopsia cutánea, interconsulta a reumatología, análisis de sangre y radiografías vertebrales. La paciente cumple criterios diagnósticos de SED clásico.

Conclusiones. Comentaremos aspectos relacionados con el diagnóstico y las manifestaciones cutáneas de la enfermedad. Resaltamos la importancia de estas manifestaciones cutáneas inusuales que deben hacernos sospechar un SED.

P19. BARBA CAPRINA, NO SOLO ES COSA DE CABRAS

C. Naharro-Fernández, B. Castro -Gutiérrez, A.E. López-Sundh, C. Abaira-Meriel y M.A. González-López

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción. Presentamos el caso de una paciente con hipertrichosis cervical anterior (HCA), una forma de hipertrichosis localizada poco reportada en la literatura.

Métodos. Reportamos el caso de una niña de 3 años, sin antecedentes patológicos de interés remitida a la consulta de dermatología por la presencia de vello en cara anterior cervical desde los pocos meses de vida. La exploración física resultó anodina salvo por la presencia de una placa circunscrita de vello terminal fino, liso y pigmentado en la zona de piel sobre la prominencia laríngea, sin signos de hipertrichosis a otros niveles. La exploración neurológica no evidenció alteraciones. Se solicitó una ecografía cervical que no mostró alteraciones. La normalidad de las pruebas complementarias permitió realizar el diagnóstico de clínico de HCA aislada.

Discusión. La diferencia entre hipertrichosis e hirsutismo radica en la distribución del vello, estando presente en el hirsutismo en zonas típicamente masculinas, en respuesta a los andrógenos. Sin embargo, la hipertrichosis hace referencia a un aumento de vello sin distribución masculina, y sin relación con los andrógenos. La HCA es una entidad descrita en por Trattner et al. en 1991, que se engloba dentro de las hipertrichosis localizadas con pocos casos reportados en la literatura, por lo que se trata de una entidad probablemente infradiagnosticada. Se han descrito casos esporádicos y familiares asociados siguiendo probablemente un patrón de herencia autosómica dominante, aunque también se descrita herencia autosómica recesiva. Hasta en el 70% de los pacientes se presenta como entidad aislada. Sin embargo, se han descrito asociaciones con neuropatía periférica, alteraciones oftalmológicas, hallux valgus y síndrome de Turner. El tratamiento está indicado únicamente con fines estéticos, mediante métodos de destrucción del pelo.

Conclusiones. La HCA es una entidad poco reportada que no supone de forma aislada ningún compromiso para la salud del paciente

P20. QUIÉN HABITA MI PIEL ME TRAE DE CABEZA

C. Abaira Meriel^a, S. Armesto Alonso^a, C. Naharro Fernández^a, A.E. López Sundh^a, C. Gómez Fernández^a, M. Drake Monfort^a, M.C. González Vela^b, J. Sánchez Gundin^c y M. González López^a

Servicios de ^aDermatología, ^bAnatomía Patológica y ^cFarmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Presentamos el caso de un varón de 52 años, con antecedentes personales de trastorno ansioso depresivo, fumador de 1-2 paquetes/día y consumidor ocasional de cocaína, remitido desde urgencias por lesiones abscesiformes extensas iniciadas en zona temporal derecha con importante progresión al resto de cuero cabelludo y discreta afectación en espalda y extremidades inferiores de 3 meses de evolución, coincidiendo con problemática laboral. Estas lesiones se acompañaban de intenso dolor impidiendo el descanso nocturno y afectando de forma importante su calidad de vida. Tratamientos previos: doxiciclina 100 mg/12 h vía oral 2 semanas, combinado con clobetasol y ácido fúcsídico tópico sin mejoría.

Exploraciones. El cuero cabelludo presentaba múltiples placas erosivas dolorosas con abundante exudado purulento y base eritemato-sanguinolenta afectando al 20%. Exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica: discreta elevación de PCR 3,3 mg/dl, leucocitosis de $14 \times 10^3 / \mu\text{L}$ a expensas de neutrófilos ($10,5 \times 10^3 / \mu\text{L}$). Biopsia compatible con foliculitis abscesificada y crónica con marcada fibrosis. Cultivo inicial se aisló *Escherichia coli* y *Actinomyces turicensis* sensible a cefuroxima. Estudio de inmunidad sin alteraciones y serologías de VIH, hepatitis y de portador nasofaríngeo de SARM fueron todos negativos. Se inicia tratamiento con corticoide y antibiótico oral según ABO. Tras 6 semanas, ante la falta de mejoría, se tomó un nuevo cultivo, con crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SARM). En vista de los resultados se realizó nuevo cambio de la pauta antibiótica por clindamicina 600 mg/6h vía oral suspendida por diarrea secundaria, que precisó cambio por cotrimoxazol 800/160 mg/12h oral manteniendo la misma pauta de corticoterapia, presentando mejoría clínica en su evaluación en la semana 20. Como complicaciones el paciente

desarrolló diabetes esteroidea que precisó inicio de antidiabético oral. El caso clínico adquiere especial interés por su florida iconografía, importante repercusión sobre la calidad de vida del paciente y el abordaje terapéutico antibiótico guiado por los aislamientos microbiológicos.

P21. SÍNDROME DE PREDISPOSICIÓN TUMORAL FAMILIAR ASOCIADO AL GEN BAP1, EN UN PACIENTE CON MÚLTIPLES CARCINOMAS BASOCELULARES

A.K. Calapaquí Terán^a, A.E. López Sundh^b, B. Castro Gutiérrez^b, S. Armesto Alonso^b, G. Moreno de Juan^a, R. Mazorra Horts^a, M.A. González López^b y M. C. González Vela^a.

Servicios de ^aAnatomía Patológica y ^bDermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción. El síndrome de predisposición tumoral asociado al gen BAP1 (BAP1-TPDS) está relacionado con mutaciones en la línea germinal del gen supresor BAP1. En su espectro, se han descrito tumores como el melanoma uveal, mesotelioma maligno, carcinoma de células renales, cáncer de pulmón, ovario, pancreático, mama, meningiomas y tumores cutáneos. Las lesiones tumorales cutáneas asociadas a mutaciones de BAP1 son el melanoma maligno y nevus combinado de células epelioides. Recientemente se ha publicado que la pérdida de expresión de BAP-1 podría estar asociado con el desarrollo de carcinomas basocelulares (CB) en familias con mutaciones BAP-1.

Caso clínico. Varón de 74 años, diagnosticado de múltiples CB desde 2013, melanoma en 2015 y mesotelioma maligno en el 2020, que acude a Dermatología por la aparición de nuevos CB en pantorrilla derecha, pantorrilla izquierda y cuero cabelludo. Dados los antecedentes familiares (cáncer de ovario, pulmón y melanoma) y personales se realiza estudio inmunohistoquímico (IHQ) para determinar la expresión de BAP1 en los CB y los tumores previos, observándose pérdida de expresión nuclear de dicha proteína. El estudio genético confirmó una mutación en línea germinal del gen BAP1 (cambio en ADN c.516C>G) de significado incierto.

Discusión. El BAP1-TPDS es una enfermedad autosómica dominante. Debido a la baja frecuencia del síndrome, el diagnóstico debe sospecharse ante la presencia de varios tumores del espectro BAP1 y antecedentes familiares. La realización de IHQ que confirme la pérdida de expresión de la proteína en las lesiones tumorales es fundamental para orientar las pruebas genéticas que confirmarán el diagnóstico.

Conclusión. Es importante conocer y sospechar el BAP1-TPDS, ya que la IHQ es un método fácil de realizar e interpretar, que puede utilizarse como screening en estos pacientes y orientar hacia un diagnóstico genético adecuado.

P22. NUESTRA EXPERIENCIA CON CEMLIPIB EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO LOCALMENTE AVANZADO Y METASTÁSICO

N. Segurado Tostó^a, L. Puebla Tornero^a, M. Medina Migueláñez^a, L. Bellido Hernández^b, V. Velasco Tirado^a, M. Roncero Riesco^a, E. Godoy Gijón^a, M.C. Fraile Alonso^a, A. Conde Ferreirós^a, E. Cardeñoso Álvarez^a, C. Román Curto^a y J. Cañueto Álvarez^a

Servicios de ^aDermatología y ^bOncología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Cemiplimab es un fármaco anti-PD1 aprobado por la FDA para el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) localmente avanzado y metastásico, con tasas de respuesta objetiva cercanas al 50% y duraderas en casi el 60% según los resultados del ensayo pivotal EMPOWER-CSCC1. Presentamos una serie de 8 pacientes tratados con cemiplimab 350 mg intravenoso cada 3 semanas. La aste-

nia fue el efecto adverso más frecuente (50% pacientes) y en dos fue grado III-IV. Una paciente tuvo una reacción liquenoide fotoinducida asociada al tratamiento, controlada con corticoide tópico y fotoprotección. Solo un paciente suspendió el tratamiento por efecto adverso grave (neutropenia grado III-IV que precisó tratamiento con corticoide oral). Seis de los 8 pacientes respondieron al tratamiento con cemiplimab y 2 de ellos alcanzaron respuesta completa clínica/radiológica. Cuatro han alcanzado respuesta casi completa. Una paciente alcanzó una respuesta casi completa, pero progresó tras el décimo ciclo. Un paciente falleció por progresión del tumor y otro por otras causas. Una paciente que alcanzó respuesta completa y un paciente con remisión casi completa suspendieron el tratamiento y mantuvieron respuesta durante meses. De los dos pacientes no respondedores, uno tuvo falta de respuesta primaria y el otro suspendió el fármaco por neutropenia tras el segundo ciclo. La mayor frecuencia del CEC en inmunodeprimidos y su alta carga mutacional predecía mejor respuesta a la inmunoterapia. Esto, unido a las escasas alternativas terapéuticas y a la existencia de casos de CEC con respuesta a inmunoterapia, proporcionó la base para el diseño de ensayos clínicos con un anti-PD1 (cemiplimab) contra este tumor. Cemiplimab ha mostrado ser seguro y eficaz en el tratamiento del CEC localmente avanzado y metastásico y ha modificado las expectativas en estos pacientes. Otros estudios con datos de vida real ofrecen tasas de eficacia inferiores que las nuestras.

P23. UTILIDAD DE LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO CON ENFERMEDAD RESIDUAL MICROSCÓPICA TRAS LA CIRUGÍA

J. Cañueto Álvarez, L. Revelles Peñas, D. Revilla-Nebreda, S. Becerril-Andrés, M.I. Domínguez Rullán, M. Martins Lopes, N. Segurado-Tostón, L.A. Corchete-Sánchez, P. Arias Rodríguez, L.A. Pérez-Romansanta, E. Cardeñoso Álvarez y C. Román-Curo

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Antecedentes. El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es el segundo tumor más frecuente en humanos. La cirugía logra altas tasas de curación, pero la enfermedad residual microscópica (ERM) puede ser una situación desafiante. Las guías clínicas recomiendan reescisión o radioterapia posoperatoria (RTPO), pero el nivel de evidencia es escaso, con datos controvertidos.

Objetivos. Evaluar el pronóstico de CEC con ERM y su pronóstico en función de la intervención (observación, RTPO y reescisión).

Métodos. Estudio de cohorte retrospectivo de CEC con ERM durante un período de 10 años (2010-2019) (n = 244). La supervivencia libre de enfermedad y de eventos se evaluaron mediante R (v.3.4.1). Los "outcome" evaluados fueron recidiva local (RL), metástasis ganglionares (N) y muerte específica por la enfermedad (MEE).

Resultados. Mediana de edad: 88 años (IQR: 10,5), 145 (59,43%) eran hombres y 69 (28,28%) estaban inmunodeprimidos. Mediana de diámetro y grosor tumoral: 19 y 6,4 mm (IQR 11 y 5,5 mm). Tasa de recaída: reescisión 4,3%, RTPO 11,30% y observación el 29,71% (P = 0,045). La RTPO asoció menor riesgo de RL que la observación (HR = 0,205 [0,049-0,859], P = 0,030), pero no menor riesgo de N o MEE. El estadio T asoció mayor riesgo de RL y N, y la RTPO asoció menor riesgo de RL que la observación, pero no menor riesgo de metástasis y muerte (HR = 0,185 [0,043-0,783] P = 0,022 y HR = 0,169 [0,039-0,727] P = 0,016 para AJCC8 y BWH).

Conclusiones. La RTPO mejora el control local en el CEC con ERM, pero no reduce el riesgo de metástasis ni el de MEE. Estos hallazgos respaldan la importancia de lograr márgenes libres después de la eliminación de un CEC primario. El abordaje ideal de la ERM es la reescisión, seguida de la RTPO para el control local de la enfermedad.