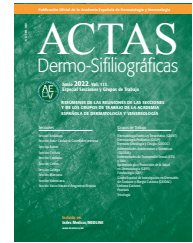




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### XXXII Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica Málaga, 7-9 de octubre de 2021

#### Pósteres

#### P01. TRATAMIENTO DE LAS TELANGIECTASIAS MUCOCUTÁNEAS EN EL SÍNDROME RENDU-OSLER-WEBER CON LÁSER VASCULAR

C. Sarró-Fuente<sup>a</sup>, E. Naz-Villalba<sup>a</sup>, E. García-Zamora<sup>a</sup>, S. Marcos-Salazar<sup>b</sup>, A. Muñoz-de Lucas<sup>a</sup> y J.L. López-Estebarez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Hospital universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** El síndrome de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) es una alteración vascular multisistémica de herencia autosómica dominante. Su prevalencia estimada es de uno de cada 5.000-8.000 individuos. Las telangiectasias mucocutáneas producen hemorragias hasta en un 27% de los pacientes, alterando notablemente su calidad de vida. El Hospital Universitario Fundación Alcorcón es centro especializado en THH, realizándose el seguimiento junto con las especialidades de Medicina Interna y Otorrinolaringología (centro experto en el tratamiento de las epistaxis con escleroterapia).

**Métodos.** Presentamos un estudio retrospectivo de los pacientes con THH en seguimiento en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) que recibieron tratamiento con láser vascular en el servicio de Dermatología entre octubre de 2016 y junio de 2021.

**Resultados.** En total han sido tratados 14 pacientes, 8 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 59,07 años. En 8 pacientes se utilizó Nd-YAG (1.064 nm), en 3 pacientes KTP (532 nm) y en 3 pacientes se combinaron ambos láseres. Se realizó anestesia local de las lesiones en mucosa oral de los pacientes tratados con Nd-YAG. El tratamiento fue bien tolerado por todos los pacientes, que no mostraron efectos adversos (cicatrices, púrpura prolongada o discromias). Con tan solo 1-2 sesiones se consiguió un aclaramiento total o casi total de las lesiones cutáneo-mucosas, logrando el cese completo del sangrado en todos los pacientes y, por tanto, mejorando su calidad de vida. Los mejores resultados se obtuvieron con láser Nd-YAG.

**Conclusiones.** El láser Nd-YAG (1.064 nm) representa una forma eficaz de tratamiento para las telangiectasias cutáneo-mucosas en pacientes con THH. En los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron

necesarias apenas 1-2 sesiones para controlar por completo el sangrado de las lesiones tratadas, y sin efectos adversos. Debido al curso clínico de la enfermedad y a la aparición de nuevas lesiones, recomendamos el seguimiento de los pacientes a largo plazo. Además, es fundamental establecer centros de referencia para poder ofrecer una correcta asistencia global a estos pacientes crónicos.

#### P02. PIGMENTACIÓN CUTÁNEA POR MINOCICLINA

R. Carrascosa de Lome<sup>a</sup>, J.L. Galán Sánchez<sup>a</sup>, S. Alonso García<sup>a</sup>, D. Velázquez Tarjuelo<sup>a</sup> y P. de la Cueva Dobao<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Mujer de 81 años, que consultaba por la aparición hacía 7 meses de pigmentación asintomática en miembros inferiores, que se había ido extendiendo progresivamente. Como antecedente destacaba una cirugía de condrosarcoma en fémur izquierdo hacía un año e infección protésica posterior, para la cual había precisado varios antibióticos. En la exploración física presentaba manchas de coloración marrón oscuro, negras y azul-grisáceas localizadas en la cara lateral del muslo izquierdo y la cara anterior y lateral de ambas piernas. Además, en la región pretibial izquierda se apreciaba una placa negruzca de 1,2 cm. El examen histopatológico mostraba pigmentación perivascular y periglandular ecrina en dermis e hipodermis, con numerosos gránulos negros dentro del citoplasma de histiocitos y células mesenquimales, positivos para la tinción de Perls. Las lesiones localizadas en la parte inferior de ambas piernas también mostraban acroangiodermatitis con extravasación de hemosiderina. Además, la placa pretibial izquierda correspondía a un carcinoma basocelular pigmentado. Reinterrogando a la paciente, llevaba tomando minociclina 100 mg/12 h desde hacía 7 meses. Además, en una exploración más detallada se apreciaba coloración azulada de ambas escleras y una pequeña hemorragia subconjuntival. La paciente fue diagnosticada de pigmentación secundaria a minociclina de tipo II. Se suspendió la minociclina, con aclaramiento muy importante a los 6 meses de suspender el fármaco y resolución completa tras un año de seguimiento. La pigmentación cutánea por minociclina se ha clasificado en cuatro tipos: tipo I, es la más

frecuente y aparece sobre piel con inflamación o cicatrices previas, habitualmente sobre cicatrices postacneicas; tipo II, se desarrolla sobre piel previamente normal, siendo más habitual en las extremidades superiores e inferiores; y tipo III, afecta a zonas fotoexpuestas. Los tipos I y II se han relacionado con tratamientos prolongados (más de 6 meses) y dosis acumuladas altas, como ocurría en nuestra paciente. Se ha descrito coloración azulada de la esclera y hemorragias subconjuntivales, al igual que nuestra paciente, y pigmentación azulada del lecho ungueal. Al suspender la minociclina, en los tipos I y II, la pigmentación se suele ir aclarando espontáneamente, de forma lenta, en meses-años, siendo posible el aclaramiento completo, como ocurrió en nuestro caso.

### PO3. DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

S. Córdoba, G. Baeza-Hernández, R.F. Rubio-Aguilera, A.A. Garrido-Ríos y J. Borbujo

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

**Objetivo.** Dupilumab, anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de la IL-4 e IL-13, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) grave. Presentamos nuestra experiencia en el uso de dupilumab en la práctica clínica.

**Método.** Analizamos una serie de 22 (15H:7M) pacientes adultos (18-57 años) tratados con dupilumab por DA grave entre febrero de 2020 y agosto de 2021. Se realiza un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. Se evalúa la eficacia y seguridad a las 16, 24 y 52 semanas de tratamiento.

**Resultado.** Los pacientes estudiados tenían un promedio de 21,82 años de duración de la enfermedad. En la visita basal los valores medios de las escalas de gravedad de la DA fueron: EASI 30,09; SCORAD 65,38; BSA 60,81%; EVA del prurito 8,2; EVA de alteración del sueño 7,3. Los 5 pacientes que no habían alcanzado todavía la semana 16 de tratamiento, valorados en la semana 2 presentaban una cierta mejoría clínica con valores medios/reducción media respecto al basal, de las escalas de gravedad de: EASI 10,4/56,89%; SCORAD 33,27/27,09%; BSA 25,95/17,33%; EVA del prurito 5,6; EVA del sueño 0. Los 17 pacientes que alcanzaron la semana 16 mostraron unos valores medios/reducción media respecto al basal, de las escalas de gravedad de: EASI 5,06/83,38%; SCORAD 26,43/58,91%; BSA 17,63/72,81%; EVA del prurito 3,2; EVA del sueño 2,5. Los 10 pacientes que alcanzaron la semana 52 mostraron unos valores medios/reducción media respecto al basal, de las escalas de gravedad de: EASI 2,94/90,03%; SCORAD 20,95/66,24%; BSA 8,83/86,77%; EVA del prurito 3,5; EVA del sueño 1,7. La conjuntivitis/prurito ocular fue el efecto adverso más frecuente observado en 4 pacientes. Solo uno de ellos precisó tratamiento prolongado con corticoides y ciclosporina oftálmicos. En ningún caso hubo que interrumpir el tratamiento con dupilumab por pérdida de eficacia o efectos adversos.

**Conclusiones.** Dupilumab es un fármaco efectivo en el tratamiento de la DA grave con un excelente perfil de eficacia/seguridad, bien aceptado por los pacientes y fácil de manejar en la práctica clínica.

### PO4. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROTOCOLO COSMÉTICO DESPIGMENTANTE EN MUJERES CAUCÁSICAS CON MELASMA

M. Villalba Álvarez<sup>a</sup>, M. Vitale Villarejo<sup>a</sup> y A. Catalá Gonzalo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento Médico-Científico. Cantabria Labs. Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivos.** Existen una gran variedad de alternativas terapéuticas para el tratamiento del melasma, desde tratamientos farmacológicos a procedimientos cosméticos o láser, con resultados variables. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de un protocolo basado en el uso de un cosmético formulado con 0,5% de retinol, ácido tranexámico, niacinamida y Edafence® (tecnología antipolución) y fotoprotección con Fernblock®, un compuesto natural que ha demostrado propiedades antioxidantes, fotoprotectoras y prevención en la aparición de hiperpigmentación.

**Métodos.** Se llevó a cabo un estudio clínico en 21 mujeres entre 26 y 65 años con fototipo II-IV y melasma facial leve-moderado. La duración total del estudio fue 90 días, donde cumplieron un régimen de tratamiento combinando un producto de tratamiento intensivo y otro de transición.

**Resultados.** Para evaluar la eficacia despigmentante se midió el MASI, se tomaron fotografías clínicas (mediante OBSERV 520®) y se realizó una evaluación clínica a T0, T30, T60 y T90. También se hizo seguimiento telefónico a T15 y T45 y se evaluaron los efectos adversos y la calidad de vida mediante cuestionario subjetivo MELASQoL. El MASI se redujo de manera progresiva a lo largo del estudio, siendo ya significativo a T30, con una reducción del 28% y llegando a alcanzar una reducción del 48% al final del tratamiento (T90). El grado de severidad del melasma percibido por el paciente se redujo progresivamente y de manera significativa hasta T45 en un 24%, coincidiendo con la fase de retinización; y se reportó una mejoría de casi un 70% al final del tratamiento. Los efectos adversos (descamación, eritema, escozor, picor...) fueron más intensos a T60, coincidiendo con el periodo de mayor aplicación del producto intensivo, sin embargo, se redujeron al final del tratamiento donde más del 60% de los pacientes no reportaron ningún efecto adverso.

**Conclusiones.** Este régimen despigmentante ha demostrado ser una nueva, eficaz y bien tolerada opción terapéutica para el tratamiento de una patología de difícil manejo como es el melasma.

### PO5. ANGIOMA SERPIGINOSO. LOCALIZACIÓN ATÍPICA Y EXCELENTE RESPUESTA A TRATAMIENTO CON LÁSER MULTIPLEX

M. Ballesteros Redondo, L. Fernández Domper, S. Porcar Saura, F. Rausell Félix y Á. Revert Fernández

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

**Antecedentes y objetivos.** El angioma serpiginoso (AS) es un trastorno vascular benigno poco frecuente, de aparición en la infancia, con progresión lenta y cuya etiología se desconoce. Presentamos el caso de una paciente que tras 2 sesiones de láser Multiplex presentó resolución de gran parte de sus lesiones.

**Métodos.** Paciente de 68 años con lesiones a nivel de mejilla y hélix derecho a modo de múltiples máculas purpúricas, milimétricas, que se agrupan de forma lineal. Se trató inicialmente con láser de colorante pulsado (PDL) sin mejoría. Posteriormente, se trató con láser Multiplex (PDL y neodimio:YAG), evidenciando mejoría únicamente con 2 sesiones.

**Resultados.** El AS es una entidad de etiología desconocida, habiéndose relacionado con niveles elevados de estrógenos. Predomina en el sexo femenino (90%) y se inicia en la infancia o adolescencia, incluso durante el embarazo. La gran mayoría de los casos son esporádicos. Suele localizarse a nivel de extremidades inferiores y glúteos de forma unilateral, siguiendo una distribución segmentaria. En la histología se aprecian papilas distendidas y una proliferación de capilares dilatados en dermis superficial, sin alteración epidérmica ni extravasación de hematíes. Según la literatura, el láser PDL es el tratamiento más empleado. Otra alternativa es el láser Multiplex, que emite de forma secuencial una combinación de

2 longitudes de onda a 585 y 1064 nm. El PDL convierte la oxihe-moglobina en metahemoglobina, que tiene un mayor coeficiente de absorción por el Nd:YAG, permitiendo de esta forma una mayor efectividad y seguridad en el tratamiento de las lesiones vasculares sin dañar la piel circundante.

**Conclusiones.** El AS es una entidad poco frecuente que suele presentarse en miembros inferiores o glúteos y que suele responder satisfactoriamente con PDL. En localizaciones especiales y refractarias a PDL como nuestro caso, puede resultar interesante emplear el láser Multiplex dada su mayor efectividad y seguridad al contar con 2 longitudes de onda (585 y 1064 nm), evitando así dañar la piel perilesional.

#### P06. TRATAMIENTO DE AMILOIDOSIS MACULAR CON LÁSER DE ALEJANDRITA DE PICOSEGUNDOS DE 755 NM

C. Pindado Ortega<sup>a</sup>, P. García Abellás<sup>b</sup>, A. Robledo Sánchez<sup>c</sup> y P. Boixeda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. <sup>c</sup>Hospital Virgen del Mar. Madrid. España.

**Introducción.** Se han propuesto diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento de la amiloidosis macular, incluyendo tratamientos tópicos, sistémicos, fototerapia, dermoabrasión, criocirugía y láser (CO<sub>2</sub>, Nd-YAG Q-Switched o colorante pulsado), con resultados discutidos en la desaparición del prurito y la eliminación del material amiloide. Hasta el momento, el láser de alejandrita de picosegundos no ha sido estudiado para su tratamiento.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia clínica e histológica y la satisfacción del paciente en el tratamiento de la amiloidosis macular con láser de alejandrita de picosegundos de 755 nm.

**Métodos.** Dos pacientes con amiloidosis macular en la parte superior del dorso fueron elegidos para este estudio. Se realizaron fotografías clínicas antes del tratamiento y cuatro semanas después del procedimiento para evaluar la respuesta. Se tomaron muestras histológicas pretratamiento en ambos pacientes y cuatro semanas después del tratamiento en uno de ellos.

**Resultados.** Los dos pacientes mostraron despigmentación de sus lesiones en una única sesión. En el examen histológico pretratamiento se evidenció la presencia de depósito amiloide en dermis intensamente positivo para rojo Congo, citoqueratina 34 beta E12 y fluorescencia bajo tioflavina T. No se evidenció la presencia de este material en la biopsia posttratamiento. Además, los dos pacientes refirieron alivio intenso del prurito.

**Conclusiones.** Si futuros estudios confirman estos resultados, el láser de alejandrita de picosegundo de 755 nm puede ser una opción segura y eficaz tanto para el tratamiento estético como para el control del prurito de la amiloidosis macular.

#### P07. ERITEMA AB IGNE TRATADO CON ÉXITO MEDIANTE LÁSER ALEJANDRITA (755 NM) DE PICOSEGUNDOS

L. Fernández Domper<sup>a</sup>, M. Ballesteros Redondo<sup>a</sup>, M. Agud de Dios<sup>b</sup>, H. Perandones González<sup>c</sup> y P. Boixeda de Miguel<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>b</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>c</sup>Hospital Universitario de León. <sup>d</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** El eritema ab igne (EAI) es una reacción cutánea causada por una exposición prolongada al calor por debajo del umbral de la quemadura térmica. El tratamiento clásico consiste en eliminar la fuente de calor, sin embargo, la hiperpigmentación puede persistir. Por otro lado, los novedosos láseres de

picosegundos han demostrado una gran eficacia y seguridad en los trastornos pigmentarios endógenos y, especialmente, el láser alejandrita (755 nm) de picosegundos. Presentamos un caso de EAI tratado con éxito con un láser alejandrita (755 nm) de picosegundos.

**Caso clínico.** Mujer de 35 años que consultó en Dermatología por lesiones cutáneas desde hacía meses. Refería el uso de una estufa eléctrica. La exploración física reveló máculas hiperpigmentadas confluentes y reticuladas en fosas poplíteas y regiones posteriores de piernas. Se diagnosticó de EAI y se aconsejó retirar la fuente de calor, resolviéndose el eritema, pero persistiendo la pigmentación. Por ello, se propuso el tratamiento con láser de pigmento. Tras dos sesiones de láser alejandrita (755 nm) de picosegundos, las lesiones blanquearon casi por completo, sin recidiva a los 6 meses.

**Discusión.** El EAI es un trastorno caracterizado por áreas de eritema reticulado e hiperpigmentación que resulta de la exposición crónica al calor por debajo del umbral de una quemadura térmica, aunque se han informado casos tras el uso de antiinflamatorios tópicos. Se asocia con riesgo de malignización a carcinoma de células escamosas y carcinoma de células de Merkel. Hasta el momento, no se ha descrito un tratamiento eficaz para el EAI, y el pilar del tratamiento es la eliminación de la fuente de calor. Aunque esperar la regresión espontánea de la pigmentación es la opción más extendida, se han publicado dos casos de tratamiento exitoso con láser Q-Switched de neodimio (1.064 nm). Por otro lado, se han desarrollado láseres de picosegundos con el objetivo de lograr una mayor precisión en los cromóforos pigmentados y, hasta la fecha, no se ha publicado la eficacia de estos láseres en el EAI. En nuestra paciente, decidimos tratar las lesiones con un láser alejandrita (755 nm) de picosegundos (Picosure®, Cynosure, Westford, MA, EE. UU.), con los parámetros de 3,5 mm, 1,71 J/cm<sup>2</sup> y 100 Hz, consiguiendo un blanqueamiento casi completo tras dos sesiones, sin efectos secundarios ni recidiva a los 6 meses.

**Conclusión.** Presentamos un caso de EAI con resolución casi completa tras dos sesiones de láser alejandrita (755 nm) de picosegundos. Por lo tanto, es probable que, en pacientes con EAI donde persiste la hiperpigmentación, el láser alejandrita (755 nm) de picosegundos sea útil para la eliminación del componente pigmentado. No obstante, son necesarios más estudios para confirmar nuestros resultados y compararlos con otras opciones de tratamiento.

#### P08. DALBAVANCINAZO Y ADIÓS INGRESOS

C. Martínez-Morán, R.F. Rubio Aguilera, A. Guerrero-Torija, S. Córdoba y J. Borbujo

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

**Introducción.** La dalbavancina es un nuevo agente antimicrobiano indicado en infecciones complicadas de piel y partes blandas por *S. aureus* resistente a meticilina y por otros patógenos multirresistentes. Es un lipoglucopeptido semisintético con 2 propiedades especiales que derivan de su estructura molecular y lo diferencian del resto de esta familia de antibióticos: una actividad intrínseca mayor y una vida media muy prolongada que permite una posología semanal o bisemanal con dosis únicas de 1000 o 1500 mg.

**Caso clínico.** Presentamos una mujer de 65 años con antecedente de carcinoma de mama izquierda multicéntrico grado II tratado en el año 2013 con mastectomía y linfadenectomía izquierdas y QT y RT adyuvantes. Acude a urgencias de dermatología en julio de 2021 por fiebre de horas de evolución y edema, aumento de temperatura y eritema extenso de la extremidad superior izquierda donde presenta un linfedema crónico. La paciente había presentado un cuadro similar un año antes y con diagnóstico de celulitis sobre linfedema permaneció ingresada en dermatología durante una semana para

tratamiento antibiótico intravenoso, con buena evolución. En este segundo episodio de celulitis, se plantea un nuevo ingreso por la rápida instauración del cuadro, la fiebre y los factores de riesgo de la paciente, pero esta manifiesta su rechazo a la hospitalización. Nos planteamos en esta ocasión el tratamiento con dalbavancina que por su potente y mantenida acción además de su cómoda posología, nos permitía evitar el ingreso y su morbilidad asociada. Se pautó tratamiento con 1 g intravenoso en infusión en media hora, con excelente tolerancia y muy buena evolución clínica en la revisión realizada.

**Conclusiones.** Pensamos que la dalbavancina, debido a su prolongada semivida de eliminación, es un fármaco que va a permitir resolver multitud de situaciones complejas que se plantean en la práctica clínica diaria en el manejo de las infecciones de piel y partes blandas. Podría ayudar a diseñar nuevas estrategias de tratamiento que evitarían hospitalizaciones prolongadas para consolidar tratamientos sin necesidad de accesos vasculares y con la ventaja de la garantía del cumplimiento terapéutico. Se plantea además su uso en la profilaxis de cuadros clínicos recurrentes por cocos grampositivos.

### P09. GOLIMUMAB COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA Y ARTRITIS CONCOMITANTES, TRAS FRACASO DE ADALIMUMAB: REPORTE DE DOS CASOS

F.J. Melgosa Ramos, R. García Ruíz, A. Estébanez Corrales, H. Gegúndez Hernández y A. Mateu Puchades

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** Golimumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra factor de necrosis tumoral alfa, de administración mensual. En la Unión Europea, golimumab está aprobado como monoterapia y / o en combinación con metotrexato para el tratamiento de varios tipos de artritis, siendo menos común su uso en dermatología. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad compleja y limitante que a menudo, coexiste con enfermedades reumatológicas como la artritis y la espondiloartritis. Un control óptimo de la artropatía inflamatoria podría atenuar la respuesta inflamatoria incontrolada que padecen los pacientes con HS, mejorando ambas enfermedades. Adalimumab (ADA) es el único biológico aprobado para la HS de moderada a grave y en algunos casos no hay respuesta al mismo. En base a esta hipótesis empleamos golimumab a pesar de sus características articulares, y menor perfil cutáneo, tras fallo de ADA.

**Objetivo.** Presentamos dos casos de HS y artritis coexistentes tratados con éxito con golimumab.

**Resultados y conclusiones.** El primero es el de una mujer de 44 años con HS y artritis por síndrome SAPHO. Previamente al tratamiento un año con ADA, también había sido tratada con antibióticos, y metotrexato combinado con etanercept. Después de ello, se retiró ADA y comenzó con golimumab subcutáneo 200 mg en la semana 0, 100 mg en la semana 2 y luego 100 mg mensuales con excelente respuesta de HS (IHS4 = 4 en la semana 12 e IHS4 = 2 en la semana 36) y alcanzando el control articular. El segundo caso es una mujer de 33 años con síndrome de down con HS Hurley III, y artritis reumatoide mal controlada. En primer lugar, se trató con metotrexato y ADA 80 mg cada dos semanas sin respuesta óptima tanto en HS (IHS4 = 15) como en artritis reumatoide. Lo mismo sucedió tras administración de ustekinumab 90 mg trimestrales, y metotrexato. Tras ello se inició golimumab subcutáneo con la misma dosis que la primera paciente, alcanzándose el control articular, y de la HS (IHS4 de 6 en la semana 12 y 4 en la semana 36). Debido a la alta prevalencia de HS y sus comorbilidades creemos que podría ser interesante considerar golimumab como terapia alternativa en pacientes en los que coexisten HS y artritis inflamatoria tras el fracaso de ADA.

### P10. UTILIZACIÓN DE LÁSER DE COLORANTE PULSADO PARA TRATAMIENTO DE CONDILOMA ACUMINADO RECALCITRANTE

C.C. Olmos Nieva<sup>a</sup>, J. del Pozo Losada<sup>b</sup>, R. Linares Navarro<sup>a</sup>, V. Onecha Vallejo<sup>a</sup> y M.Á. Rodríguez Prieto<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>b</sup>Hospital de A Coruña. España.*

**Antecedentes.** Las verrugas genitales producidas por ciertos serotipos del virus papiloma humano (VPH), especialmente en pacientes inmunodeprimidos, tienen un papel oncogénico y están asociadas con el desarrollo de carcinomas de células escamosas. Las modalidades de tratamiento se clasifican en métodos ablativos, viricidas, antiproliferativos e inmunológicos. Las lesiones recalcitrantes se clasifican como aquellas que no han podido resolverse después de diversas modalidades de tratamiento. Se han utilizado diferentes tipos de láseres para el tratamiento de las verrugas y, entre ellos, el láser de colorante pulsado demostró eficacia y alto margen de seguridad.

**Objetivo.** Presentar una alternativa en el tratamiento de las lesiones recalcitrantes por VPH en zona genital.

**Métodos y resultados.** Presentamos un caso con lesiones recalcitrantes por VPH, condilomas acuminados de gran extensión en pene de un paciente trasplantado cardíaco, que fue tratado exitosamente con láser de colorante pulsado.

**Conclusión.** La terapia con láser de colorante pulsado parece ser segura, eficaz y satisfactoria para las verrugas recalcitrantes, pudiendo destruirlas de forma selectiva sin dañar la piel circundante.

### P11. EVALUACIÓN DE UNA NUEVA PROPUESTA COSMÉTICA CON ACCIÓN SINÉRGICA PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL CUELLO Y EL ESCOTE

A. Alegre Sánchez<sup>a,b</sup>, E. Suñer Ollé<sup>c</sup> y T. Martínez Valverde<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Grupo de Dermatología Pedro Jaén. <sup>b</sup>Quirónsalud Madrid y Ruber Juan Bravo. <sup>c</sup>MartiDerm, S.L. España.*

La piel del cuello y el escote es más fina y delicada que la piel del rostro. Posee menor cantidad de tejido adiposo, menos folículos pilosos y glándulas sebáceas. Además, está altamente expuesta a las radiaciones ultravioleta. Visualmente muestra tempranamente arrugas, descolgamiento, flacidez, sequedad y manchas. El objetivo fue diseñar, formular y determinar la eficacia y la seguridad de un producto para la prevención y tratamiento del envejecimiento de la zona del cuello y el escote con los siguientes activos: 3% de proteoglicanos vegetales que aportan firmeza a la piel; 2,5% de glucina que ayuda a remodelar el doble mentón; extracto de hongo shiitake que reduce arrugas; un péptido reafirmante para reducir el descolgamiento, y genisteína que unifica el tono cutáneo. Se llevó a cabo un estudio bajo control dermatológico en 20 mujeres de entre 45 y 65 años, que aplicaron el producto 2 veces al día durante 56 días. Se determinó instrumentalmente el efecto reafirmante (definición del óvalo facial, con AEVA-HE), la reducción del volumen del doble mentón con AEVA-HE, la eficacia antiarrugas en cuello y escote mediante escala semicuantitativa, y el efecto hidratante inmediato mediante corneometer, así como la tolerancia y la aceptación cosmética y la eficacia subjetiva del producto. Al final de estudio se cuantificó: 1) reducción del volumen del doble mentón del 17% y hasta un 84% de máximo; 2) definición del contorno del óvalo facial del 5% y hasta un 21% de máximo; 3) efecto antiarrugas en cuello y escote del 15% y hasta un 25% de máximo y 4) efecto hidratante tras una única aplicación de 41% hasta un 53% de máximo, con una duración superior a 6 h. El dermatólogo determinó muy buena tolerancia cutánea. Además, un porcentaje muy elevado de voluntarias coincidieron en que las cualidades cosméticas del producto son muy buenas y que su uso continuado ayuda a prevenir y reducir los signos del envejecimiento. Según los resultados obte-



nidos, es posible concluir que la combinación sinérgica de activos para mejorar los signos de envejecimiento en la zona del cuello y el escote propuesta es segura y eficaz. Además, por su buena tolerancia y cosmeticidad puede ser aplicado como cuidado diario o como producto complementario a tratamientos médico-estéticos realizados en consulta para mantener o potenciar los resultados obtenidos.

### P12. ESTUDIO DE EFICACIA Y TOLERANCIA DE UNA AMPOLLA COSMÉTICA HIDRATANTE, REAFIRMANTE, CON PROTECCIÓN DE AMPLIO ESPECTRO Y UN TOQUE DE COLOR: PROPUESTA DERMOCOSMÉTICA MULTIFUNCIONAL

E. Suñer Ollé<sup>a</sup>, A. Alegre Sánchez<sup>b,c</sup> y T. Martínez Valverde<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MartiDerm, S.L. <sup>b</sup>Grupo de Dermatología Pedro Jaén. <sup>c</sup>Quirónsalud Madrid y Ruber Juan Bravo. España.

El envejecimiento cutáneo se caracteriza por una disminución de las proteínas de la matriz extracelular, así como por alteraciones en la producción de melanina. Estos cambios a nivel macroscópico se traducen, principalmente, en la disminución del grado de hidratación y la falta de firmeza y luminosidad en la piel. El objetivo fue diseñar, formular y determinar la eficacia y la seguridad de un producto para la prevención y tratamiento del envejecimiento cutáneo envasado en ampollas de vidrio topacio con los siguientes activos: vitamina C con acción antioxidante e iluminadora, proteoglicanos vegetales que aportan firmeza a la piel, un polisacárido de alto peso molecular que reduce la interacción de partículas contaminantes con la piel, extracto de cacao con propiedades antioxidantes frente a la luz azul (HEV), filtros solares UVA/UVB y pigmentos de color. Ex vivo, en un modelo de piel reconstituida, se determinó el potencial antioxidante frente a luz azul, mediante la cuantificación de especies reactivas de oxígeno. In vivo se llevó a cabo un estudio bajo control dermatológico en 31 mujeres de entre 18 y 55 años, que aplicaron el producto una vez al día durante un mes. Se determinó: la eficacia hidratante y reafirmante mediante corneometer y cutometer, respectivamente; la tolerancia, la aceptación cosmética y la eficacia del producto. Por último, el factor de protección solar (FPS 30) y la protección UVA fueron objetivadas por un laboratorio acreditado siguiendo normativa ISO. Se cuantificó un 15% menos estrés oxidativo inducido por las radiaciones HEV en el modelo ex vivo. In vivo, se objetivó un incremento de firmeza estadísticamente significativo del 43% y un incremento de hidratación de hasta el 48%. El dermatólogo determinó muy buena tolerancia cutánea, ya que ninguna voluntaria presentó signos o síntomas adversos asociados al uso del producto. Además, un porcentaje muy elevado de voluntarias reportaron que las cualidades cosméticas del producto son muy buenas y que su uso continuado ayuda a prevenir y reducir los signos del envejecimiento. Con los resultados obtenidos es posible concluir que la combinación sinérgica de vitamina C y proteoglicanos complementada con protección frente a UVA, UVB, HEV y polución se presenta como una opción segura, eficaz y de alta aceptación por parte de los usuarios para combatir los signos del envejecimiento cutáneo.

### P13. REACCIONES CUTÁNEAS ADVERSAS GRAVES A TERAPIA DIRIGIDA CON INHIBIDORES BRAF/MEK

I. Torres Navarro, B. Unamuno Bustos, C. Abril Pérez, J. Roca Ginés y R. Botella Estrada

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

**Antecedentes y objetivos.** Dentro de las reacciones adversas cutáneas graves a medicamentos (SCAR) se encuentran las siguientes:

síndrome de Stevens-Johnson)/necrólisis epidérmica tóxica, exantema farmacológico con eosinofilia y síntomas sistémico (DRESS), pustulosis aguda exantemática generalizada y erupción fija ampolular generalizada, que son reacciones que a menudo requieren hospitalización y pueden ser letales. Actualmente los inhibidores de BRAF y MEK (BRAF/MEKi) son tratamiento de primera línea en pacientes con melanomas metastásicos y mutación BRAF. Estos fármacos se administran hasta que la enfermedad progresa o se produce una toxicidad inaceptable.

**Métodos.** A continuación, presentamos una revisión sistemática de los SCAR inducidos por BRAF/MEKi presentes en la literatura. Para ello se buscó en EMBASE, Pubmed, Web of Knowledge y The Cochrane Library.

**Resultados.** Tras encontrar 221 artículos, se seleccionaron 26 con casos únicos, de los cuales se incluyeron 21 para su síntesis cualitativa. El nivel de evidencia hallado corresponde a casos y series de casos con grado de recomendación C.

**Conclusiones.** Entre todos los BRAF/MEKi, vemurafenib es el fármaco que requiere un seguimiento más estrecho de las SCAR. La inmunoterapia previa puede favorecer las SCAR. Es probable que el DRESS inducido por vemurafenib se produzca dentro de los primeros 15 días de tratamiento acompañado de afectación hepática y renal. Después de la resolución de la SCAR inducida por vemurafenib, el cambio a dabrafenib parece ser una alternativa segura para el tratamiento de estos pacientes.

### P14. PEELING QUÍMICO Y TERAPIA FOTODINÁMICA PARA EL TRATAMIENTO DEL FOTOENVEJECIMIENTO EN EL DORSO DE MANOS

I. Castaño Uhaqón, P. Navarro Guillamón y J.A. Pérez Suárez

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

**Antecedentes y objetivos.** El rejuvenecimiento de las manos tiene un papel fundamental en la medicina estética. El dorso de las manos es junto a la cara y escote la región corporal más expuesta. Encontramos un envejecimiento de la epidermis, condicionado en primer lugar por la acción de la radiación solar. Aparecería atrofia y cambios en la pigmentación y lesiones precancerosas como las queratosis actínicas y los lentigos solares. Las herramientas fundamentales para el tratamiento de estas lesiones serían los láseres Q-Switched, luz pulsada, crioterapia, peeling y terapia fotodinámica. Estas dos últimas serán evaluadas en este estudio. El peeling químico es una de las técnicas más extendidas y universales en rejuvenecimiento cutáneo. En este trabajo se evaluará la acción del peeling con ácido tricloroacético (TCA) al 35%. Es un peeling medio y actúa en profundidad hasta la dermis papilar. La terapia fotodinámica (TF) es una modalidad terapéutica basada en la fotooxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante, el cual se localiza selectivamente en determinadas células o tejidos tumorales. El objetivo de este estudio es observar la mejora del fotoenvejecimiento epidérmico en cuanto a queratosis actínicas, lentigos solares, discromía y cambio de la textura de la piel.

**Materiales y métodos.** Se seleccionan doce pacientes de entre 50 y 70 años con antecedente de cáncer de piel no melanoma en los que existe un envejecimiento epidérmico evidente en el dorso de las manos. Se utilizará para la evaluación de este fotodaño, el Global score for photoaging, que evalúa las arrugas, la pigmentación y la textura de la piel. Se realizará tratamiento con peeling TCA 35% o con TF con ácido aminolevulínico.

**Resultados.** Existe una mejoría en cuanto al tratamiento de lesiones precancerosas como en textura y pigmentación de la piel tanto con el tratamiento con peeling químico como con TF. Son tratamientos muy bien tolerados, con un periodo posterior de recuperación aceptable y unos costes muy bajos comparados con otros

tratamientos estéticos. Es por ello que se proponen como terapias que podrían ser extensibles y universales en toda consulta de medicina estética.

### P15. SÍNDROME DE LAUGIER-HUNZIKER TRATADO CON LÁSER ND:YAG QS 1064

P. Fernández Canga<sup>a</sup>, A. Martín Gorgojo<sup>b</sup> y J.L. Martínez-Amo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Clinica Dermatológica Martínez-Amo. Almería.* <sup>b</sup>*Clinica Dermatológica Internacional. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 35 años, diagnosticada de síndrome de Laugier-Hunziker, consulta para el tratamiento de máculas pigmentadas en mucosa y bermellón de ambos labios. El síndrome de Laugier-Hunziker es un trastorno benigno e idiopático, caracterizado por una hiperpigmentación macular mucocutánea que afecta principalmente a la región labial. Histológicamente, se caracteriza por la acumulación de melanina en los queratinocitos basales y por un abundante número de melanófagos en la dermis superficial. Su diagnóstico es clínico y de exclusión, debiendo descartar otras entidades que cursan con hiperpigmentación mucocutánea y afectación sistémica.

**Tratamiento.** Se realiza tratamiento láser Neodimio Yag Q-Switched 1064 nm (1500 JCM) bajo anestesia tópica.

**Resultados.** Se observa la aparición de ampollas hemorrágicas tras el procedimiento e inflamación durante las primeras 78 h. Al séptimo día, las ampollas dan paso a erosiones superficiales que se resuelven en su totalidad en dos semanas. A los dos meses del tratamiento, la paciente presenta desaparición de las máculas pigmentadas tanto en el labio superior como en el inferior.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de síndrome de Laugier-Hunziker con excelente respuesta a una única sesión de tratamiento con láser Nd:Yag QS 1064.

### P16. GRANULOMA ASÉPTICO FACIAL IDIOPÁTICO CON RÁPIDA RESOLUCIÓN CON DOXICICLINA ORAL

J. Algarra-Sahuquillo, M. Arteaga-Henríquez, D. Ramos-Rodríguez, J.M. Ramírez-Conchas y M.L. Santos e Silva Caldeira-Marques

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una paciente de 10 años que fue remitida a nuestra consulta con la sospecha de un absceso cutáneo en la mejilla izquierda que no había mejorado con tratamiento con amoxicilina-clavulánico ni clindamicina intravenosos. A nuestra valoración, la paciente presentaba un nódulo único, indoloro, eritematovioláceo, de consistencia elástica, sin fiebre, aumento de la temperatura o adenopatías localregionales palpables. Ecográficamente, consistía en una lesión dérmica, bien delimitada, heteroecoica, de 2 × 0,7 cm, con aumento del flujo sanguíneo perilesional. Ante estos hallazgos, se estableció el diagnóstico clínico de granuloma aséptico facial idiopático y se inició tratamiento con 4 mg/kg/día de doxiciclina oral y metronidazol tópico. A las 3 semanas de seguimiento, apareció sobre la lesión un nódulo fluctuante del cual se obtuvo muestra para cultivo bacteriano. A partir de ese momento, se suspendió el metronidazol tópico y se pautó mupirocina al 2%, que también se interrumpió al conocer el resultado negativo. La paciente recibió exclusivamente 100 mg/día de doxiciclina oral hasta completar 2 meses de tratamiento, con resolución completa de la lesión.

**Conclusiones.** El granuloma aséptico facial idiopático es una entidad infrecuente exclusiva de la edad pediátrica, caracterizada por nódulos únicos eritematosos localizados en la región facial, que podrían incluirse en el espectro de rosácea infantil; pero cuyo tratamiento actualmente no está bien establecido. Aunque se han descrito casos con resolución espontánea durante el seguimiento a lo

largo de varios meses o años, se trata de una enfermedad con tendencia a la cronicidad, lo que puede generar ansiedad y demanda de tratamiento por parte de los padres, y donde no existe a día de hoy un consenso sobre la duración y dosificación de las distintas opciones terapéuticas. Con la presentación de este caso, se apoya el uso exclusivo de doxiciclina oral como opción válida y segura para acelerar la resolución de estas lesiones y se resalta la importancia de una alta sospecha clínica para su diagnóstico, evitando pruebas complementarias invasivas u otras intervenciones agresivas que puedan generar secuelas innecesarias.

### P17. ¿QUÉ HACEN ESTOS GRANULOMAS POR SILICONA LÍQUIDA EN MI BIOPSIA?

I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, M.C. Montis Palos<sup>a</sup>, A. Lull Ramos<sup>a</sup>, C. Saus<sup>b</sup> y J. Escalas Taberner<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología.* <sup>b</sup>*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** Los síndromes morfeiformes engloban a un conjunto de patologías que simulan a la morfea, con una etiología muy diversa, entre ellos la esclerosis por sustancias exógenas como la parafina o la silicona.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 46 años, natural de Ecuador, que consultaba por aparición progresiva de lesiones en ambas piernas de un año de evolución. A la exploración física se hallaban placas eritematogrisáceas, mal delimitadas, induradas al tacto, sugestivas de una morfea. Las lesiones se trataron con clobetasol tópico sin mejoría. En la biopsia se observaban acúmulos de histiocitos microvacuolados rodeados de reacción gigantomocelular a cuerpo extraño, sugiriendo un lipogranuloma esclerosante secundario a la presencia de silicona líquida. La paciente admitió haberse realizado un implante en ambos glúteos hacía 21 años en Ecuador, desconociendo el material inyectado. Se inició tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/kg/día con desescalada progresiva, con mejoría de las lesiones.

**Discusión.** Ha aumentado la demanda de intervenciones estéticas mediante implantación en partes blandas de diversos materiales de relleno durante las últimas décadas. Estas sustancias se pueden clasificar en función de la composición del relleno y según la duración en el tejido. A pesar de su aparente naturaleza inerte, se han comunicado en la literatura múltiples complicaciones, como la formación de granulomas a cuerpo extraño. La silicona inyectable líquida fue uno de los rellenos más empleados en el pasado, de la que se han descrito en la literatura múltiples complicaciones. La clínica suele manifestarse años después de la inyección, en forma de reacciones locales en el punto de inyección, pudiendo ser también sistémicas, por la capacidad de migración de la silicona líquida a distancia. En nuestro caso se observaron focos inflamatorios indurados subcutáneos en zonas distantes, por migración a través del tejido subcutáneo. La histología fue la clave para el diagnóstico definitivo de las lesiones morfeiformes.

### P18. LÁSER CO<sub>2</sub> EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA CON INFILTRACIÓN CUTÁNEA: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

D. Revilla Nebreda, L. Revelles Peñas, D. Rodríguez Baeza, C. Román Curto y A. Conde Ferreirós

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

**Antecedentes y objetivos.** La leucemia linfática crónica (LLC) es una neoplasia hematológica que se observa con cierta frecuencia de forma incidental en biopsias de neoplasias cutáneas primarias. La infiltración cutánea leucémica o leucemia cutis de la LLC es in-

frecuente presentándose en el 6-10% de los casos, siendo la cara una localización infrecuente. El tratamiento de la LLC con afectación cutánea consiste en el tratamiento sistémico hematológico. Describimos a una paciente con afectación cutánea por LLC en la que se realizó tratamiento con láser CO<sub>2</sub> ya que no era candidata a tratamiento sistémico.

**Métodos y resultados.** Mujer de 87 años con LLC en estadio IA de Rai y Binet que desarrolló lesiones papulosas violáceas e infiltradas en pabellones auriculares, nariz, frontal y mejilla derecha. Se confirmó infiltración cutánea por LLC. Se encontraba en abstención terapéutica por lo que se planteó tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. Para ello, se empleó anestesia local con mepivacaína 2% sin epinefrina. En un primer pase, se realizó tratamiento con láser de CO<sub>2</sub> de 10600 nm (Lumenis AcuPulse DUO -Lumenis, Yokneam, Israel-) en modo scan y onda continua con un spot circular de 4 mm y una densidad de potencia de 12 W/cm<sup>2</sup> consiguiendo eliminar la epidermis y el material neoplásico violáceo ubicado en la dermis. Después de este pase, los detritus se retiraron con una gasa empapada en solución salina, dejando al descubierto la dermis superficial con varios puntos hemorrágicos. En un segundo pase, se empleó el modo desenfocado a la misma densidad de potencia para lograr una ligera contracción del tejido y la coagulación de los vasos dérmicos. Después del tratamiento, se aplicó mupirocina pomada 2% y se recomendó la misma pauta diariamente durante 3 semanas. La paciente no presentó ninguna complicación y se mantuvo asintomática. El aspecto cosmético fue bueno y la paciente se mostró muy satisfecha con el resultado.

**Conclusiones.** La leucemia cutis tiene mal pronóstico y está asociada a afectación sistémica por lo que los pacientes suelen recibir tratamiento hematológico, resolviéndose las lesiones cutáneas. El láser CO<sub>2</sub> es una alternativa terapéutica eficaz en los pacientes con infiltración cutánea leucémica no candidatos a tratamiento sistémico y como tratamiento adyuvante en pacientes que reciban tratamiento sistémico, pero las lesiones no cutáneas no alcanzan resolución completa.

### P19. NUESTRA EXPERIENCIA CON DUPILUMAB EN EL PRIMER AÑO DE TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA: PRÁCTICA CLÍNICA REAL

G. Guillermo Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez, A. Carmona Olveira, E.A. Martínez García y E. Herrera Acosta

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

**Antecedentes y objetivos.** Dupilumab es el primer fármaco biológico comercializado para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) moderada-severa, disponible en España desde febrero de 2020. En el presente estudio buscamos analizar la eficacia, seguridad y mejoría en la calidad de vida de los pacientes durante su primer año de tratamiento con dupilumab.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo monocéntrico en el cual se incluyeron todos aquellos pacientes afectados por DA moderada-severa que iniciaron tratamiento con dupilumab entre febrero 2020 y septiembre 2020, llevándose a cabo un seguimiento durante un total de 52 semanas. Se realizaron visitas en las semanas 0, 4, 16 y meses 0, 1, 4, 28 y 52, haciéndose en cada visita una valoración clínica mediante las escalas EASI, SCORAD, BSA, PGA, DLQI, POEM, NRS-Itch, NRS-Sleep, así como un control analítico incluyendo los valores de lactato deshidrogenasa, recuento total de eosinófilos e inmunoglobulina E sérica.

**Resultados.** Se obtuvo una muestra de 21 pacientes que recibieron dupilumab durante un periodo de seguimiento de 52 semanas. Se consiguió una mejoría estadísticamente significativa de todas las escalas medidas desde el primer mes de tratamiento, así como una mejoría en el picor y alteración del sueño significativa desde la segunda semana de tratamiento. No se notificaron eventos adversos

importantes, siendo el más frecuente la aparición de conjuntivitis. Ningún paciente suspendió el tratamiento durante el periodo de seguimiento.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia clínica dupilumab ha mostrado un excelente perfil de eficacia y seguridad en condiciones de práctica clínica real.

### P20. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS UNGUEAL CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO (PDL) 595 NM VERSUS TERAPIA FOTODINÁMICA CONVENCIONAL CON ÁCIDO AMINOLEVULÍNICO Y LUZ ROJA: ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, IZQUIERDA-DERECHA INTRAPACIENTE

D. Fernández-Nieto, A. Suárez-Valle, J. Jiménez-Cauhe, G. Segurado-Miravalles, P. Boixeda, B. Pérez-García y D. Ortega-Quijano

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

**Antecedentes y objetivos.** La afectación de las uñas es un hallazgo común en los pacientes con psoriasis y suele ser resistente a los tratamientos tópicos habituales. El láser de colorante pulsado (PDL) y la terapia fotodinámica (TFD) han demostrado ser tratamientos eficaces y seguros en la psoriasis ungueal. El objetivo del presente estudio es evaluar y comparar la eficacia y seguridad de la TFD convencional con ácido aminolevulínico frente al PDL de 595 nm en el tratamiento de la psoriasis ungueal.

**Métodos.** Se seleccionaron pacientes de edad  $\geq 18$  años con un diagnóstico clínico de psoriasis ungueal simétrica en ambas manos y un índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI) de 4 puntos o más en cada mano. Las manos de los pacientes se asignaron aleatoriamente al PDL o la TDF y se trataron mensualmente durante 6 meses. La mano tratada con TDF se ocluyó con ácido 5-aminolevulínico (BF-200 ALA, Ameluz®) durante 3 h. En la mano tratada con PDL se utilizó un diámetro de 7 mm, una fluencia de 6/Jcm<sup>2</sup> y de 2 a 3 pulsos de 0,5 ms de duración. Se evaluó la puntuación de la gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI) al inicio, después de 3 y 6 meses, y en la visita de seguimiento del noveno mes.

**Resultados.** Un total de 16 pacientes completaron el protocolo del estudio. Se observó una disminución significativa de las puntuaciones del NAPSI general, del NAPSI de la matriz ungueal y del NAPSI del lecho ungueal en ambos grupos después de 3, 6 y 9 meses. Después de 6 meses, el PDL fue más eficaz que la TDF, con una reducción global de la puntuación NAPSI del 68% y del 58,3% respectivamente, alcanzando más rápidamente un NAPSI 50 en el brazo con PDL ( $p < 0,05$ ). El dolor posterior al procedimiento fue mayor en el grupo de PDL que en el de TDF, con una escala visual analógica del dolor de 5,58 frente a 1,96 respectivamente ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** El PDL y la TDF son tratamientos seguros y eficaces para la psoriasis ungueal, mostrando un efecto más mantenido a largo plazo que los tratamientos tópicos convencionales. El PDL muestra una respuesta más rápida que la TDF en el presente estudio, mientras que la TDF fue mejor tolerada.

### P21. TFD ASISTIDA POR LÁSER CO<sub>2</sub> NO FRACCIONADO EN PRECÁNCER Y CÁNCER CUTÁNEO: UNA ALTERNATIVA EFICAZ A LOS DISPOSITIVOS DE LÁSER FRACCIONADOS

L. Revelles Peñas, M. Medina Migueláñez, N. Segurado Tostón, C. Román Curto y A. Conde Ferreirós

*Departamento de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La terapia fotodinámica (TFD) con ácido 5-aminolevulínico (ALA) o su éster metil-aminolevulinato (MAL)

es un tratamiento eficaz en precáncer y cáncer cutáneo con excelentes resultados cosméticos. El pretratamiento del área afectada con dispositivos láser ablativos y no ablativos parece aumentar su eficacia. Se ha demostrado que el láser fraccionado ablativo constituye la técnica más eficaz para la vehiculización de fármacos, pero tiene un alto coste y no todos los centros pueden disponer de él. Nuestro objetivo fue determinar la eficacia de la TFD asistida por láser CO<sub>2</sub> no fraccionado (TFD-CO<sub>2</sub>) en una serie de 8 pacientes con queratosis actínicas (QA) y enfermedad de Bowen (EB).

**Métodos.** Se realizó TFD con MAL o ALA asistida por TFD-CO<sub>2</sub>. Para ello, se empleó anestesia local en la lesión con mepivacaína al 2% sin epinefrina. Se realizó tratamiento con láser de CO<sub>2</sub> de 10600 nm (Lumenis AcuPulse DUO -Lumenis, Yokneam, Israel-) en el modo superpulsado con una densidad de potencia de 1-2 W/cm<sup>2</sup>. Se hicieron microcanales de 1 mm de tamaño separados entre sí por 2-3 mm en paralelismo a los dispositivos fraccionados, con una profundidad que no sobrepasó la dermis reticular. Se aplicó ALA o MAL en las lesiones y se cubrió el área con papel de aluminio para evitar la exposición a la radiación ultravioleta. Tras 2-3 h de incubación, se realizó tratamiento con TFD con luz roja de forma convencional. Se evaluó la respuesta al tratamiento, el resultado cosmético y la satisfacción del paciente.

**Resultados.** La media de edad fue de 86 años. Tres eran hombres y 5 mujeres. Las lesiones tratadas fueron 5 QA y 3 EB, 2 localizadas en la zona H facial, 2 en el dorso de manos y 2 en zona M facial. Se empleó MAL en 4 pacientes y ALA en otros 4. En 6 (75%) se produjeron respuestas completas tras un ciclo de tratamiento mientras que en 2 (25%) (una EB y una QA) se necesitó una sesión de TFD-CO<sub>2</sub> adicional para eliminar la lesión al completo. El tratamiento fue bien tolerado y los resultados cosméticos muy satisfactorios. El tiempo de seguimiento fue de 16 meses.

**Conclusiones.** La TFD asistida por láser CO<sub>2</sub> no fraccionado en la que realizamos microcanales fraccionados de forma manual es una buena opción para los centros que no dispongan de dispositivos láser ablativos fraccionados. La TFD-CO<sub>2</sub> permitió aumentar la eficacia de la TFD de forma aislada, obteniendo muy buenos resultados cosméticos y una alta tolerabilidad por parte de los pacientes.

## P22. TRATAMIENTO CON LÁSER CO<sub>2</sub> DEL LIQUEN ESCLEROSO GENITAL MASCULINO

A. Conde Ferreirós, L. Revellas Peñas, D. Revilla Nebreda, M. Media Miguelañez y C. Román Curto

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El liquen escleroso genital masculino (LEG) es una enfermedad inflamatoria crónica e idiopática que causa una decoloración blanquecina característica, y en el prepucio, la afectación circunferencial origina una fibrosis progresiva que puede causar fimosis, estenosis del meato y síntomas como erecciones dolorosas, disfunción eréctil y disuria. Los corticoides tópicos son muy eficaces y siguen siendo la terapia de primera línea pero cuando se desarrollan anomalías estructurales, la circuncisión es el tratamiento de elección. Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta al tratamiento con láser CO<sub>2</sub> en 5 pacientes con LEG que habían desarrollado sinequias balanoprepuciales leve-moderadas.

**Métodos.** Se empleó anestesia regional dividiendo la base del pene en cuadrantes e infiltrando 1 ml de mepivacaína al 2% sin epinefrina en 4 puntos equidistantes. Se realizó tratamiento con láser CO<sub>2</sub> (Lumenis AcuPulse DUO) empleando el modo superpulsado, con una densidad de potencia de 2 W/cm<sup>2</sup> en las áreas del surco balanoprepucial que habían desarrollado fibrosis, hasta que las sinequias entre el glande y el prepucio se vaporizaron de forma completa. Después del tratamiento, se aplicó mupirocina al 2% en pomada y se recomendaron estos mismos cuidados 3 veces al día durante 2 semanas. Se indicó retraer el prepucio 3 veces al día para evitar la

formación de cicatrices entre el glande y el prepucio durante el periodo de curación. Se evaluó la efectividad del tratamiento y la satisfacción del paciente.

**Resultados.** La edad media fue de 76 años. En todos los pacientes se pudieron eliminar las sinequias balanoprepuciales. En 3/5 pacientes se obtuvo remisión completa del cuadro, mientras que en 2/5 pacientes se obtuvo una respuesta parcial. En los pacientes que desarrollaron nuevas sinequias, se realizó un segundo tratamiento con láser CO<sub>2</sub> con resolución de las áreas fibrosadas. Todos los pacientes lograron una gran mejoría sintomática y se mostraron satisfechos con el resultado. La mediana de seguimiento fue de 12 meses.

**Conclusiones.** El LEG masculino es una patología inflamatoria crónica que ocasiona un gran impacto en la calidad de vida. El tratamiento con láser CO<sub>2</sub> es un método a considerar en primera línea. En nuestro caso, permitió aliviar la sintomatología de los pacientes mediante un procedimiento sencillo con anestesia local y evitando la circuncisión que supone una cirugía más agresiva en pacientes con sinequias balanoprepuciales leve-moderadas.

## P23. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE MORBIHAN

J.J. Parra García<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>b</sup>, F.J. Martínez Ortega<sup>a</sup> y D. López Martínez<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. <sup>b</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La enfermedad de Morbihan se caracteriza por la presencia de eritema y edema facial en frente, región periocular, nariz y mejillas. Entre los factores causales se encuentran la alteración del drenaje linfático, inflamación crónica, mastocitos y probablemente *Demodex folliculorum*, que conducen a fibrosis y al edema sólido. Debido a las diversas opciones terapéuticas y a la variabilidad en la respuesta, el objetivo de esta publicación es exponer la experiencia en el tratamiento de 2 pacientes. **Métodos.** Se exponen 2 casos clínicos con diagnóstico de enfermedad de Morbihan, describiendo el proceso diagnóstico, los tratamientos utilizados, así como los resultados.

**Resultados.** *Caso 1:* Varón de 41 años con hipotiroidismo subclínico, presenta edema facial de 7 años de evolución (mejora a lo largo del día), con empeoramiento en los 2 últimos y estudios por diversas especialidades con diagnóstico de edema facial de origen desconocido. En dermatología se trata inicialmente como rosácea con doxiciclina y metronidazol sin respuesta, tras lo cual se realiza analítica sin alteraciones y biopsia con hallazgos de rosácea granulomatosa. Con el diagnóstico de enfermedad de Morbihan, se trata con isotretinoína, prednisona oral, y finalmente con ivermectina oral. *Caso 2:* Mujer de 63 años hipertensa y diabética con edema facial de predominio periocular y en mejillas que mejora a lo largo del día. Se intenta tratamiento con azitromicina, antihistamínicos orales, ivermectina, isotretinoína sin respuesta, prednisona con recidiva tras disminución y finalmente se decide la combinación de prednisona e isotretinoína oral a dosis bajas junto a terapia compresiva nocturna (que se añade tras nueva revisión bibliográfica) con una máscara de fibras, obteniendo buenos resultados; tras 6 meses de tratamiento oral se decide interrumpir ese tratamiento con acuerdo de la paciente y mantener solo la terapia compresiva nocturna, presentando solo mínimo edema palpebral y manteniendo un buen resultado 2 meses después de finalizar el tratamiento oral.

**Conclusiones.** La enfermedad de Morbihan es infrecuente. El diagnóstico suele ser de exclusión, siendo importante la sospecha clínica. Es por ello que ante este diagnóstico suelen intentarse varias opciones terapéuticas, incluso la combinación de varios fármacos sin despreciar el incluir la terapia compresiva nocturna.



## P24. USO DE TERAPIA FOTODINÁMICA DE LUZ DE DÍA EN LEISHMANIASIS CUTÁNEA

M. Colmenero Sendra<sup>a</sup>, E.B. Sanz Cabanillas<sup>a</sup>,  
S.A. Rodríguez Lobalzo<sup>b</sup>, J. Bosco Jiménez Repiso<sup>a</sup>  
y M. de Troya Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología-Venereología Médico-Quirúrgica.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol.  
Marbella. España.

**Introducción.** La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un protozoo flagelado, siendo la forma de presentación cutánea más frecuente en la cuenca del mediterráneo. Se produce fundamentalmente por la especie *Leishmania infantum* y su diagnóstico se establece con la visión de amastigotes en las biopsias o por su demostración mediante técnicas moleculares.

**Caso clínico.** Mujer de 66 años con antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y adalimumab desde hace un año. Acude a consulta por múltiples lesiones de dos meses de evolución en ambas manos. A la exploración se observan lesiones ulcerocostrosas dolorosas en región anterior y dorsal de los dedos de las manos. La analítica incluyendo hemograma y bioquímica básica son normales, exceptuando una leve leucopenia ( $4,08 \times 10^9/L$ ) y un factor reumatoide (28,4 IU/mL) y anticuerpos anticitrulinados elevados (363 IU/mL). En la radiografía se observan ambas manos en ráfaga, pero sin afectación ósea. Se realiza biopsia de una de las lesiones, la cual revela dermatitis granulomatosa asociada a la presencia de microorganismos tipo leishmania, compatible con botón de oriente. Desde el servicio de reumatología se decide la suspensión de adalimumab (anti-TNF) y cambio por tocilizumab (anti-IL6). Ante la existencia de múltiples lesiones, se descarta el tratamiento con glucantime intralesional y optamos por terapia fotodinámica (TFD) de luz de día. Se realizaron dos sesiones semanales durante un mes. Pasado ese tiempo, se observa una evidente mejoría, optándose para las más resistentes con adyuvancia con crioterapia.

**Discusión.** La elección del tratamiento en la leishmaniasis cutánea representa un reto ante la escasa evidencia disponible. A ello se le suma las alteraciones de la inmunidad, producidas por factores como el VIH o el uso de fármacos anti-TNF (como en el caso de nuestra paciente), los cuales han cambiado tanto la forma de presentación clínica como sus tratamientos. La TFD con luz de día es una técnica segura, poco cruenta y con unos resultados estéticos óptimos. Hasta ahora, en la literatura se han descrito casos de tratamiento con TFD convencional, siendo este el primer caso tratado con TFD de luz de día. Concluimos que se puede considerar como una alternativa eficaz en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea en nuestra práctica clínica.

## P25. 5-FLUORURACILO Y ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA EN QUELOIDES: SERIE DE 7 PACIENTES

J. Román Sainz<sup>a</sup>, F. Gruber Velasco<sup>a</sup>, M. Jiménez Meseguer<sup>b</sup>,  
M.A. Lucena Campillo<sup>b</sup> y A. Imbernón Moya<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Farmacología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

El tratamiento clásico de primera línea para los queloides consiste en la infiltración de acetónido de triamcinolona (AT), con una eficacia aproximada del 50% y recidivas en el 50% de los casos. El 5-fluoruracilo (5-FU) intralesional y la crioterapia forman parte del arsenal terapéutico de las cicatrices queloides desde 1990, pero a día de hoy todavía no hay consenso sobre su uso. Presentamos una serie de 7 pacientes con queloides tratados mediante sesiones mensuales de crioterapia con sonda de contacto e inyecciones de 5-FU 45 mg/mL y AT 4 mg/mL en jeringas de 1 mL con aguja 30G. Todos los pacientes habían recibido previamente un mínimo de 3 inyecciones mensuales de AT en monoterapia sin respuesta. Se evaluó a cada paciente previamente y 6 semanas posteriores al tratamiento,

mediante las escalas clínicas Vancouver, Patient and Observer Scale (POSAS) y DLQI; siendo corroboradas por 2 profesionales distintos. Todos los pacientes mejoraron con el tratamiento, tanto subjetiva como objetivamente. Los efectos secundarios reportados fueron dolor y eritema de la zona de inyección, y en un caso leve hiperpigmentación que ha ido remitiendo en revisiones posteriores. Los pacientes refirieron disminución subjetiva del dolor de las infiltraciones por el uso de crioterapia de contacto comparado con las infiltraciones previas de AT. Los estudios publicados indican que la infiltración de 5-FU en monoterapia obtiene unos resultados similares al AT. Sin embargo, se ha demostrado que ambos tratamientos combinados tienen una acción sinérgica, con una eficacia del 70% y una tasa de recidivas en alrededor del 30% de los casos. No obstante, no existe consenso en cuanto a la concentración idónea, la frecuencia de administración óptima ni el número de infiltraciones necesarias. En conclusión, presentamos una serie de 7 pacientes tratados con crioterapia de contacto e infiltraciones de 5-FU y AT con adecuada respuesta. Este tratamiento puede ser una opción terapéutica eficaz y segura en los queloides, aunque es necesario realizar estudios con mayor evidencia científica para estandarizar el tratamiento.

## P26. LUPUS ERITEMATOSO CRÓNICO DISCOIDE REFRACTARIO CON BUENA RESPUESTA A ISOTRETINOÍNA

J.M. Ramírez Conchas<sup>a</sup>, V. Lukoviek Araya<sup>a</sup>, J. Algarra Sahuquillo<sup>a</sup>,  
J. Mercader Salvans<sup>a</sup> y N. Merino de Paz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y <sup>b</sup>Dermamedicina Clínicas. España.

El lupus eritematoso crónico discoide hipertrófico (LECDH) es una forma de lupus cutáneo caracterizada por brotes de lesiones inflamatorias que suelen afectar zonas fotoexpuestas, provocando una cicatrización prominente que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Por ello, el tratamiento precoz es importante para minimizar estas repercusiones indeseables. El tratamiento de primera línea consiste en medidas preventivas y corticoides tópicos, siendo los antimaláricos el sistémico de elección. En pacientes que no responden o no toleran estos tratamientos, se dispone de alternativas con grados variables de evidencia. Presentamos el caso de una paciente con LECDH refractaria a los tratamientos de primera línea, con buena respuesta a isotretinoína a dosis bajas. Mujer de 53 años con antecedentes familiares de lupus eritematoso, que acude a consulta por lesiones en cuero cabelludo y cara, de años de evolución, que nunca había tratado. A la exploración presenta en cuero cabelludo, supraciliar derecho y región peribucal placas eritematovioláceas bien delimitadas con superficie hiperqueratósica. Tras biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico de lupus cutáneo, se pauta tratamiento con corticoides y salicílico tópicos, e hidroxycloquina sistémica. Tras 7 meses de tratamiento, no se observa mejoría, por lo que se inicia tratamiento con isotretinoína a 10 mg/día e infiltraciones de triamcinolona diluido en suero salino fisiológico en las lesiones más hipertróficas. Tras 3 meses de tratamiento, la paciente está satisfecha, pues presenta resolución del componente hiperqueratósico, que era lo que más comprometía su calidad de vida, persistiendo la hiperpigmentación residual, para la que se instaurará un tratamiento posterior. En el LECDH es necesario instaurar un tratamiento precoz que sea efectivo. En pacientes que no muestran mejoría con otros tratamientos, se pueden emplear retinoides como segunda línea. Si bien la indicación principal de la isotretinoína es el acné vulgar, sus propiedades farmacológicas han llevado a su uso en muchas otras entidades dermatológicas. Hay casos reportados de buena respuesta a retinoides sistémicos en varias formas de lupus cutáneo. Así, la inhibición de la proliferación epidérmica por los retinoides puede ser útil en el tratamiento del LECDH, si bien se ha empleado en raras ocasiones para esta indicación.

### P27. HIDROQUINONA AL 3%, TRETINOÍNA AL 0,015% Y ÁCIDO KÓJICO AL 3% EN BASE BEELER VERSUS BASE EN ACEITE DE OLIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL MELASMA

E.D. Berná Rico<sup>a</sup>, B. de Nicolás Ruane<sup>a</sup>, A. Matji<sup>b</sup>, R. Rodríguez<sup>c</sup> y M. Fernández Guarino<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. IRYCIS. <sup>b</sup>Departamento de Farmacia Galénica y Tecnología Alimentaria. Universidad Complutense. <sup>c</sup>Farmacia Antonio Matji. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** Junto con la fotoprotección estricta, las fórmulas basadas en hidroquinona y retinoides tópicos continúan constituyendo la primera línea del tratamiento del melasma. Nuestro objetivo es comparar la eficacia en esta patología de una fórmula con hidroquinona al 3%, tretinoína al 0,015% y ácido kójico al 3% con promotor de la penetración vs. sin promotor.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego y unicéntrico en el que se incluyeron mujeres con melasma centrofacial o malar de menos de 3 años de duración. La unidad de estudio fue la hemicara del paciente (Split-face). En cada paciente, una hemicara fue tratada con 6 semanas de dicha fórmula con promotor de la penetración, mientras que en la hemicara contralateral se aplicó la misma fórmula sin promotor. Se realizó una visita basal con recogida de datos demográficos (edad, historia familiar, tratamientos, fototipo), exploración, fotografías, evaluación de severidad del melasma (PGA, hemiMASI derecho y hemiMASI izquierdo) e impacto en la calidad de vida (MelasQol). Se realizó una segunda visita a las 6 semanas en la que, además de los parámetros mencionados, se recogieron efectos adversos y una valoración subjetiva de la tolerancia de la crema y de la calidad del producto por parte del paciente. Se analizó el cambio con respecto al basal del PGA y hemiMASI para cada tipo de tratamiento, así como el cambio de MelasQol en cada paciente. Se evaluó si existían diferencias significativas en la reducción de hemiMASI entre la fórmula con y sin promotor de penetración.

**Resultados.** Resultados preliminares. Los resultados definitivos se presentarán en el congreso. Se trataron 18 mujeres con una edad media de 42 años (rango 18-73). Tras 6 semanas de tratamiento, se observó un descenso del PGA y del hemiMASI con ambas fórmulas. Se observó un descenso significativo del MelasQol. No se obtuvieron diferencias significativas en la reducción del hemiMASI entre ambas fórmulas. El vehículo con promotor de la penetración obtuvo mejor tolerancia subjetiva y un mejor perfil de efectos adversos.

**Conclusión.** Las fórmulas con hidroquinona al 3%, tretinoína al 0,015% y ácido kójico al 3% con y sin promotor de la penetración son igualmente efectivas en el tratamiento del melasma. La adición del promotor de la penetración puede mejorar la tolerabilidad de la crema.

### P28. TERAPIA FOTODINÁMICA EN FORMAS INFRECIENTES DE LIQUEN PLANO

M. Fernández Parrado<sup>a</sup>, J. Arostegui Aguilar<sup>a</sup>, M. Larrea García<sup>a</sup>, M.C. Llanos Chavarri<sup>b</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

**Introducción.** La terapia fotodinámica es una modalidad terapéutica basada en la acción de la luz sobre sustancias fotosensibilizantes para producir un fenómeno de fotooxidación y la posterior destrucción de determinadas células. Su uso está ampliamente extendido en queratosis actínicas, carcinomas basocelulares y enfermedad de Bowen.

**Casos clínicos.** Presentamos dos casos de formas poco frecuentes de liquen plano tratadas con terapia fotodinámica. *Caso 1:* Varón de 69 años con diagnóstico de liquen plano de más de 20 años de evolución (1987). En 2015 presentó una placa rosada con coloración blanquecina perifolicular en el dorso de la mano derecha que fue diagnosticada de

liquen plano hipertrófico por biopsia. Fue tratado primero con clobetasol 0,5 mg/g e infiltraciones con triamcinolona 40 mg/ml con mejoría inicial pero con posterior progresión. El paciente rechazó tratamiento con acitretino oral pero aceptó someterse a terapia fotodinámica. Tras 6 sesiones (una al mes) se consiguió resolución completa de la lesión. *Caso 2:* Varón de 42 años que acude por lesiones erosivas descamativas en planta de pies que fue diagnosticado de psoriasis. Tras 3 meses de tratamiento con clobetasol 0,5 mg/g y tacrolimus tópico y posteriormente acitretino, ante la ausencia de mejoría, se realizó una biopsia que fue informada de liquen plano erosivo. Se decidió terapia fotodinámica y tras 5 sesiones (una cada 2 meses) se observó franca mejoría de las lesiones cutáneas y del dolor. **Discusión.** Las formas infrecuentes de liquen plano, como el liquen plano hipertrófico, o especialmente, el erosivo y ulceroso localizado en plantas, no solo constituyen un reto diagnóstico, sino también terapéutico, ya que generalmente son resistentes a los tratamientos considerados de primera línea (corticoides tópicos y tacrolimus tópico). Existen otras terapias, locales o sistémicas, entre las que se incluyen los corticoides intralesionales, la fototerapia, el láser, los retinoides sistémicos, el metrotexato, la ciclosporina o ciertos anticuerpos monoclonales que han sido probados con resultados variables. La terapia fotodinámica, que ya ha mostrado resultados beneficiosos en el liquen plano oral erosivo, puede ser una opción terapéutica a tener en cuenta en estas dos entidades, debido a su bajo coste, escasez de efectos secundarios, amplia disponibilidad y a los buenos resultados obtenidos en nuestros casos.

### P29. RESPUESTA A CIDOFOVIR EN VERRUGAS EXTENSAS DE CUERO CABELLUDO EN PACIENTE TRASPLANTADA

I. Polo Rodríguez, S. Medina Montalvo, D. Vega Díez, M. González Cañete, E.L. Pinto Pulido y L. Trasobares Marugán

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

**Introducción.** Los pacientes sometidos a trasplante tienen mayor riesgo de desarrollar patologías malignas e infecciosas en relación con la terapia inmunosupresora. Presentamos el caso de una paciente trasplantada en tratamiento inmunosupresor con antecedentes de tumores cutáneos y verrugas vulgares, con excelente respuesta a cidofovir tópico en cuero cabelludo.

**Caso clínico.** Mujer de 63 años con antecedentes personales de enfermedad renal secundaria a glomerulonefritis membranoproliferativa con trasplante renal en 1979. Fototipo II, exposición solar moderada. En tratamiento con prednisona y azatioprina de 1975 a 2015 y con everolimus desde 2018. Antecedentes de carcinomas basocelulares faciales y carcinoma epidermoide en cuero cabelludo, así como numerosas queratosis actínicas y verrugas vulgares que formaban un empedrado en cuero cabelludo predominantemente en vértex y zona interparietal. La paciente había recibido tratamiento quirúrgico de los carcinomas y múltiples ciclos de crioterapia, 5 fluorouracilo al 5%, terapia fotodinámica e imiquimod con mejoría parcial de las queratosis actínicas y persistencia de las verrugas. También se trató con acitretino 10 mg al día y ácido salicílico en vaselina. Ante la falta de respuesta de las múltiples verrugas y tras solicitarlo por uso compasivo, se pautó cidofovir tópico al 1% en crema 3 veces a la semana. Tras mes y medio la paciente presentaba eritema moderado y algunas erosiones, habiendo desaparecido por completo las lesiones verrugosas y sin presentar lesiones sospechosas de queratosis actínicas.

**Discusión.** La infección por el virus del papiloma humano es muy prevalente, causante de verrugas vulgares y onogénicas, y asociada a displasia y cáncer. Se ha relacionado con carcinoma de pene, vagina, vulva, anales y orofaríngeos. Existen múltiples opciones terapéuticas para el manejo de las verrugas víricas, sin que se haya comprobado que una sea claramente superior a las demás. El cidofovir presenta actividad viral frente a un amplio espectro de virus

ADN habiéndose empleado en infecciones refractarias por virus del papiloma humano en pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos incluyendo a pacientes trasplantados.

**Conclusión.** Presentamos el caso de paciente inmunodeprimida con excelente respuesta a cidofovir, con buena tolerancia y mínimos efectos secundarios locales que previamente había fracasado con múltiples tratamientos.

### P30. RESOLUCIÓN COMPLETA CON DOXICICLINA DE UN GRANULOMA ANULAR ELASTOLÍTICO DE CÉLULAS GIGANTES GENERALIZADO Y REVISIÓN DE LOS CASOS ANTERIORMENTE TRATADOS CON TETRACICLINAS

D. Marín Piñero<sup>a</sup>, M.Á. Sola Casas<sup>a</sup>, N. Pérez Muñoz<sup>b</sup> y M. Salleras Redonnet<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivos.** El granuloma anular elastolítico de células gigantes (GAECG) es una dermatosis granulomatosa rara de fisiopatología desconocida que se ha descrito asociado a múltiples condiciones. Existen diferentes formas clínicas: anular, papular, reticular y generalizado. Su tratamiento sigue siendo un reto hoy en día, existiendo un gran número de opciones terapéuticas. El uso de las tetraciclinas es controvertido debido a su potencial efecto fototóxico.

**Métodos.** Presentamos un caso de GAECG generalizado que resolvió con doxiciclina y revisamos los casos previos descritos en la literatura tratados con tetraciclinas.

**Resultados.** Varón de 88 años con hipertensión arterial en tratamiento con lisinopril sin otros antecedentes que consultaba por la aparición de forma progresiva de múltiples placas eritematosas de conformación anular que afectaban toda la región dorsal y lumbar, hombros, nuca y tórax anterior. Refería leve prurito. Se practicó una biopsia punch que evidenció un infiltrado granulomatoso de células gigantes con elastofagocitosis compatible con GAECG. Atendiendo a la extensión y a la baja fotoexposición del paciente se decidió iniciar doxiciclina 100 mg al día. Durante el seguimiento, se apreció una resolución progresiva tanto de las lesiones como del prurito, siendo esta completa a los 5 meses. No se reportaron reacciones adversas ni se ha evidenciado recidiva tras un año. Dado el potencial efecto fototóxico de las tetraciclinas y que la fotoexposición se considera uno de los factores fisiopatológicos principales en el desarrollo del GAECG, en la literatura solo hay descritos tres casos tratados con tetraciclinas. Dos tratados con minociclina y uno con doxiciclina que, tras una duración media de 5 meses de tratamiento, en los tres casos se reporta una resolución completa de las lesiones sin ningún efecto adverso.

**Conclusiones.** Presentamos el primer caso de GAECG generalizado tratado con éxito con doxiciclina y revisamos los tres casos anteriores tratados con tetraciclinas. Tras el estudio, podemos concluir que las tetraciclinas son un tratamiento efectivo y seguro del GAECG estando especialmente indicadas para las formas más extensas o generalizadas.

### P31. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD A 6 MESES DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS EN VIDA REAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Arroyo Andrés, M. Puerta Peña, M. Agud de Dios, D. Falkenhain López y R. Rivera Díaz

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

**Introducción.** Risankizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la IL-23, aprobado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas moderada grave. Los datos publicados en la literatura en condiciones de práctica clínica real son limitados, y en la mayoría

de ellos se basan en un seguimiento a corto plazo de los pacientes. El objetivo principal de este estudio es valorar la efectividad y seguridad de risankizumab a 6 meses en pacientes con psoriasis en la práctica clínica habitual en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Es un estudio observacional, retrospectivo en el que incluimos a los pacientes con psoriasis tratados con risankizumab en nuestro hospital entre mayo de 2020 y mayo 2021. Estudiamos las características demográficas de los pacientes, la historia de psoriasis (tiempo de evolución, tratamientos previos realizados), comorbilidades, así como la posología de risankizumab. Para la valoración de la respuesta al tratamiento se utilizó el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) absoluto. Durante el seguimiento, se recogieron los acontecimientos adversos reportados durante el tratamiento y los motivos de suspensión.

**Resultados.** Presentamos los datos de 23 pacientes, con una media de edad de 50,16 años y una media de tiempo de evolución de la enfermedad de 22,61 años. El 65% de nuestros pacientes son varones. El 90% presentan un IMC > 25. Tres pacientes asocian artritis psoriásica. El 22% de los pacientes tenían antecedente de tuberculosis latente tratada previamente o durante el tratamiento biológico. El 91% habían recibido previamente terapia biológica, siendo la media de tratamientos biológicos previos de 2,69. El 78% recibió dosis de risankizumab según ficha técnica, y en el 22% de los casos se administró sin inducción. En cuanto a la efectividad, el PASI basal medio fue de 10,82 (±5,75). El PASI medio en el seguimiento fue de 5,61 (±4,05) al mes, en el tercer mes de 2,05 (±2,42), y de 1,91 (±2,33) al sexto mes. No se reportaron acontecimientos adversos en este período, en un caso se suspendió el tratamiento por falta de eficacia cutánea, y en otro por aparición de clínica articular no presente previamente.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de pacientes con psoriasis tratados con risankizumab en práctica clínica. Encontramos una alta eficacia a corto y medio plazo similar a la reportada en los ensayos a pesar de la mayor complejidad de los pacientes, sin observarse efectos secundarios.

### P32. TRATAMIENTO DE VASOS PERI OCULARES

F. Millán Parrilla<sup>a,b</sup>, E. Quecedo Estebáñez<sup>b</sup>, M. Lorente Guaita<sup>a</sup>, S. Marín Bertolin<sup>a</sup> y G. Serrano Sanmiguel<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Clínica Médica y Dermatológica Dr. Gabriel Serrano. <sup>b</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Mujer de 35 años, controlada por acné desde hace más de 13 años, que en una de las visitas médicas consulta por la posibilidad de mejorar los vasos periorbitales de ambas orbitas presentes desde hace años. Se indican 3 sesiones con láser Q-Switched Neodimio Yag 1064 nm (Nd-Yag) a dosis según patología, con un intervalo de 2 meses entre ellas. Se muestra el resultado, con gran satisfacción por parte de la paciente. En muchas ocasiones es fácil proporcionar un gran beneficio en patología cosmética para la que el paciente durante años piensa que no había solución. Siempre es aconsejable hacer tratamiento primero de una parte, y según evolución, tratar la otra zona periorcular, a fin de observar la respuesta con los parámetros utilizados por si es necesario modificarlos. Nos parece interesante comunicar la excelente respuesta a este problema dermoestético, pocas veces expuesto por el paciente en parte por el desconocimiento de las posibilidades terapéuticas en el rejuvenecimiento periorbital. Se revisan los factores que pueden hacer que estas venas sean más visibles.

### P33. SARCOIDOSIS ORAL TRATADA CON ÉXITO CON ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA INTRALESIONAL

N. Setó Torrent, M. Iglesias Sancho, G. Melé Ninot, A. Altemir Vidal y M. Salleras Redonnet

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



La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiología incierta. Presentamos un caso de sarcoidosis oral (SO) en forma de placa lineal translúcida en la mucosa labial inferior tratada con éxito con acetónido de triamcinolona (AT) intralesional. Mujer de 47 años que consultó por pápulas amarillo-anaranjadas asintomáticas en la zona supralabial y una placa lineal translúcida en la mucosa labial inferior que ocasionaba molestias de 2 meses de evolución. La biopsia de la lesión en mucosa oral mostró granulomas epitelioides confluyentes, bien delimitados, con escasos linfocitos y sin necrosis compatibles con sarcoidosis. La paciente fue evaluada por el servicio de Medicina Interna que confirmó el diagnóstico de sarcoidosis sistémica. Previamente al inicio del tratamiento sistémico, las lesiones cutáneas supralabiales se trataron con pomada de tacrolimus al 0,1% cada 12 h durante un mes con resolución total. La lesión oral se trató con una sesión de AT 40 mg/ml intralesional diluido con mepivacaína en una proporción 1:1 con resolución total y sin recidiva posterior tras 5 meses de seguimiento. La SO es rara, con menos de 70 casos reportados. Las presentaciones incluyen pápulas, papulonódulos, edema, úlceras, gingivitis, hiperplasia o recesión gingival. La localización más comúnmente afectada es la mucosa oral, seguida de la encía, los labios y el suelo de la boca. Su reconocimiento es importante ya que puede ser la primera manifestación de una sarcoidosis sistémica, como en nuestro caso. Los casos de SO asintomáticos no requieren tratamiento. Si existen síntomas, los tratamientos más efectuados en la literatura son la escisión quirúrgica y el legrado, seguido de los corticoides sistémicos. Otros tratamientos descritos son los corticoides tópicos, la minociclina oral, la hidroxicloquina, el metotrexato y la radioterapia. En nuestra búsqueda bibliográfica solo hemos encontrado un caso de SO tratado con AT intralesional, resultando en una disminución del tamaño de la lesión. El AT intralesional puede ser una opción terapéutica eficaz y segura a considerar en los casos sintomáticos de SO.

### P34. LÁSER ND:YAG EN OCRONOSIS EXÓGENA

F.J. Rodríguez Cuadrado<sup>a</sup>, J.L. Castaño Fernández<sup>a</sup>, I. Sánchez Gutiérrez<sup>a</sup>, I. Salguero Fernández<sup>a</sup>, M.M. Sigüenza Sanz<sup>a</sup>, C. Martínez Mera<sup>a</sup>, F. Alfageme Roldán<sup>a</sup>, Á. Rossell Díaz<sup>a</sup>, M. Elosua González<sup>a</sup>, R. Cabeza Martínez<sup>a</sup>, L. Quintana Castaneda<sup>a</sup>, L. Turrión Merino<sup>a</sup>, M. Hospital Gil<sup>a</sup>, E. López-Negrete Arenal<sup>a</sup>, M. Grau Pérez<sup>a</sup>, D. Suárez Massa<sup>b</sup> y G. Roustán Gullón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** La ocronosis puede ser endógena o exógena. Pueden plantearse varias líneas de tratamiento en base a la respuesta individual del paciente. En este caso se ejemplifica una ocronosis exógena tratada exitosamente con láser Nd:YAG.

**Métodos.** Se especifica la cronología de los hallazgos, la histopatología resultante de la biopsia confirmatoria y la respuesta al láser desde 2015 hasta 2021.

**Resultados.** Mujer de 48 años, natural de Colombia, que acude en abril de 2012 por hiperpigmentación facial de años de evolución. Niega embarazos recientes o toma de anticonceptivos. Ante la sospecha de melasma, se pauta hidroquinona 4%. No obstante, en diciembre de 2012 presenta persistencia de la pigmentación con cierto tono grisáceo. Se realiza biopsia: depósito de pigmento amarillo-ocre en dermis superficial, con elastosis actínica y con autofluorescencia. Con dichos hallazgos, se establece el diagnóstico de ocronosis. En la siguiente revisión relató haber usado durante 5 años en su país natal un despigmentante a base de hidroquinona al 2%. En los meses subsiguientes se probaron cosméticos con ácido glicólico, ácido salicílico y retinoides. Ante el fracaso terapéutico, se da primera sesión de láser Nd:YAG en diciembre de 2015, siendo

necesaria una segunda sesión 3 meses después. Desde entonces ha seguido sesiones de láser de colorante pulsado para eliminar la pigmentación residual.

**Conclusiones.** La ocronosis exógena o alcaptonuria conlleva la acumulación de ácido homogentísico en el colágeno de los diferentes tejidos del organismo y la ulterior degradación del mismo. Por otra parte, la ocronosis exógena solo afecta a la piel y se relaciona con el uso prolongado de despigmentantes con hidroquinona, lo cual había ocurrido con nuestra paciente durante 5 años. La biopsia supone el diagnóstico confirmatorio, con pigmento amarillo-ocre y alteración de las fibras colágenas. El tratamiento se basa en la retirada del agente causal. Los queratolíticos, retinoides o corticoides tienen resultados controvertidos. En este caso el fracaso terapéutico de lo anterior fue evidente. El empleo del láser no está estandarizado. Esta paciente mostró una respuesta satisfactoria con el láser Nd:YAG, cuya longitud de onda (1064 nm) resulta especialmente adecuada para la penetración en la dermis sin dañar tejidos más profundos.

### P35. LIQUEN PLANO EROSIVO ORAL: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ALITRETINOÍNA

M.C. Montis Palos, A. Llull Ramos, I. Gracia Darder, M.R. Perelló Alzamora y J. Escalas Taberner

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.

**Introducción.** El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. La afectación mucosa aparece en un 30% de los pacientes. El subtipo erosivo, cuando se localiza a nivel oral, con frecuencia es difícil de tratar.

**Caso clínico.** Varón de 74 años, afecto de liquen plano erosivo oral de 10 años de evolución confirmado por biopsia en varias ocasiones. Realizó tratamiento con corticoides tópicos, tacrolimus tópico y rapamicina tópica con mala tolerancia, corticoides orales, ciclosporina, micofenolato de mofetilo y tacrolimus oral sin respuesta. Acitretina oral con buen control inicial pero recidiva; hidroxicloquina asociado a acitretina con buena respuesta inicial pero recidiva; metotrexate con aparición de cuadro de debilidad muscular por lo que tuvo que suspenderse. Se decidió iniciar tratamiento con alitretinoína a dosis de 30 mg/día con mejoría de las lesiones. Tras varios meses refirió caída de pelo y fragilidad ungueal por lo que se redujo dosis a 15 mg/día, presentando empeoramiento del liquen, por lo que se aumentó de nuevo a 30 mg/día con mejoría de las lesiones.

**Discusión.** El uso de retinoides tópicos y/u orales es frecuente en el tratamiento del liquen plano. Dentro de este grupo, el fármaco empleado suele ser la acitretina, sin embargo, en casos resistentes, la alitretinoína podría ser una alternativa segura y eficaz como en nuestro caso.

### P36. APREMILAST: UNA NUEVA ALTERNATIVA EN ACNÉ FULMINANS REFRACTARIO DE DIFÍCIL CONTROL

A. Sánchez Velázquez, D. Falkenhain López, J. Arroyo Andrés, S.I. Palencia Pérez y P.L. Ortiz Romero

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

El acné fulminans (AF) es una variante grave y aguda que aparece en menos del 1% de la totalidad de los pacientes con acné. Se trata de una forma inflamatoria, de inicio súbito, caracterizada por la presencia de lesiones noduloquísticas y ulceronecroticas, pudiendo asociar sintomatología sistémica. Presentamos el caso de un varón de 15 años con antecedentes de sobrepeso e historia



de acné noduloquístico en región facial, al que se pautó tratamiento con isotretinoína a dosis de 30 mg/ día. A las seis semanas acudió al servicio de urgencias por empeoramiento franco, con aparición de numerosas papulopústulas y nódulos ulcerados en espalda y región preexternal, fiebre de hasta 38 °C y malestar general. Se decidió su ingreso con retirada de la isotretinoína e inicio de prednisona 60 mg/día. Tras un mes de corticoterapia en pauta descendente, habiéndose conseguido una mejoría de la inflamación, se reinició isotretinoína a dosis de 10 mg/día, presentando un nuevo empeoramiento clínico. En el transcurso de los siguientes meses, se consiguió aumentar lentamente la isotretinoína a 30 mg/día con ajuste de la corticoterapia, sin poder llegar a suspenderla en ningún momento. En este punto, se decidió comenzar con apremilast con pauta de inicio establecida para psoriasis. Las lesiones comenzaron a mejorar, logrando la resolución completa a los cuatro meses, permitiendo suspender tanto la prednisona como la isotretinoína. Actualmente, tras cuatro meses de tratamiento con apremilast en monoterapia, persiste la buena respuesta clínica sin lesiones inflamatorias, presentando únicamente cicatrices atróficas alternando con otras queloides. No existen guías de tratamiento estandarizadas para el AF, pero en líneas generales, el manejo del AF desencadenado por isotretinoína incluye la retirada de la misma y el inicio de corticosteroides, para posteriormente reiniciar la isotretinoína a dosis bajas. En este trabajo se discuten los posibles mecanismos etiopatogénicos implicados en el acné fulminans, que poseen implicaciones terapéuticas. En casos severos y/o refractarios, se ha utilizado el metotrexato, la ciclosporina, la dapsona o fármacos biológicos. No existe experiencia de tratamiento del AF con apremilast, por lo que reportamos el primer caso de la literatura, y planteamos el uso de este fármaco como alternativa terapéutica en casos de AF refractario.

### P37. UTILIDAD DEL LÁSER DE CO<sub>2</sub> EN EL ACNÉ FARMACOLÓGICO REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO

J. Ruiz Martínez, J. Cruaños Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, J. Navarro Pascual y J.F. Orts Paco

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** El acné o las erupciones acneiformes secundarias a fármacos habitualmente cursan como procesos autorresolutivos al suspender el agente causal, sin embargo, en ocasiones, evolucionan de un modo persistente y requieren tratamiento específico. Presentamos el caso de una paciente que precisó de tratamiento con láser de CO<sub>2</sub> para la resolución de un acné quístico centro-facial sin respuesta a tratamiento tópico y oral convencional.

**Caso.** Mujer de 64 años que consultó por brote de lesiones faciales de 6 meses de evolución. En sus antecedentes personales destacaba la toma de corticoides orales en sucesivas ocasiones por artritis psoriásica, actualmente ya suspendidos, tras inicio de metotrexato como tratamiento sistémico. A la exploración física presentaba múltiples pápulas monomorfas de coloración blanquecino-amarillenta ocupando bilateralmente mejillas, dorso nasal y mentón. Se llevó a cabo estudio anatomopatológico mediante biopsia tipo punch con resultado de quiste de inclusión epidérmica. Con diagnóstico de acné quístico farmacológico por corticoides orales se pautó inicialmente tratamiento con retinoides tópicos asociados a doxiciclina oral y, posteriormente, isotretinoína a dosis de 20 mg al día durante 6 meses sin lograr respuesta y con persistencia de lesiones. Se decidió entonces el tratamiento bajo anestesia local con láser de CO<sub>2</sub> mediante vaporización en modo pulsado con una anchura de pulso de 1 ms y una frecuencia de 30 Hz. Se realizaron dos sesiones separadas entre sí un mes dado el número de lesiones. El periodo de recu-

peración tras cada intervención fue de una semana, sin detectar complicaciones ni lesiones residuales. Tras 6 meses del tratamiento la paciente no presentó recidiva del cuadro, logrando la resolución del problema.

**Conclusión.** El acné de origen farmacológico puede suponer un reto terapéutico en aquellos casos que no se resuelvan tras la retirada del agente causal o que por las características del medicamento este no sea fácilmente reemplazable. Consideramos el láser de CO<sub>2</sub> como una opción terapéutica adecuada para este caso de acné quístico centro-facial dada la falta de respuesta a tratamiento tópico y oral convencional, logrando un resultado médico y cosmético satisfactorio para la paciente.

### P38. CIRUGÍA DE MOHS Y RECONSTRUCCIÓN DE FIBROXANTOMA ATÍPICO EN PUNTA NASAL

E. Sánchez Gómez-Aparici, L. Trasobares Marugán y L. Pericet Fernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.*

El fibroxantoma atípico es un tumor poco frecuente de histogénesis incierta, considerado por la mayoría de los autores como la variante superficial del histiocitoma fibroso maligno. Su tratamiento pasa por la extirpación completa del tumor, idealmente con control de márgenes, ya que se han descrito recidivas locales y algún caso de metástasis a distancia. Mostramos el caso de un paciente que presentó una tumoración de esta naturaleza en la punta nasal que precisó de varios pases de cirugía de Mohs en diferido para su extirpación completa, resultando un defecto quirúrgico de toda la integridad del ala nasal, y su reconstrucción compleja posterior mediante colgajo melolabial con interposición de cartilago auricular hasta lograr una recuperación tanto funcional como estética del ala nasal.

### P39. EFICACIA DE RITUXIMAB INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMAS B CUTÁNEOS

N. Blázquez Sánchez<sup>a</sup>, I. Fernández Canedo<sup>b</sup>, R. Fúnez Liébana<sup>b</sup>, M. Casanova Espinosa<sup>c</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Hematología. Hospital Costa del Sol. Marbella. España.*

**Introducción.** El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino-humano dirigido contra el antígeno CD20 presente en los linfocitos normales y neoplásicos. En las últimas décadas ha demostrado su efectividad en el tratamiento de linfomas cutáneos de células B primarios (LCCB), tanto por vía sistémica como intralesional, con altas tasas de respuesta aunque también altas tasas de recaídas. Frente a otras terapias disponibles como radioterapia o cirugía, el empleo de rituximab intralesional destaca por resultar más cómodo y asequible, así como por asociar menos efectos secundarios.

**Casos clínicos.** Se presentan los casos de tres pacientes con diagnósticos de LCCB, que recibieron tratamiento con rituximab intralesional. Como único efecto secundario, los tres pacientes presentaron dolor en el momento de la inyección del tratamiento (nivel inferior a 3 en escala EVA del dolor en los tres casos). Se consiguió una respuesta completa en los tres casos, con tiempos de seguimientos variables (7, 40 y 28 meses, respectivamente).

**Conclusiones.** El rituximab intralesional constituye una alternativa terapéutica efectiva, cómoda y con escasos efectos secundarios asociados, a considerar en el tratamiento de formas localizadas de linfomas B cutáneos primarios de bajo grado.

#### P40. EVALUACIÓN A CORTO PLAZO DE DOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA UREA Y EL AZUL DE METILENO EN LA TERAPIA FOTODINÁMICA PARA EL TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS MODERADA

E. Alberdi Jerónimo<sup>a</sup>, G. Schuele<sup>b</sup> y C. Gómez Hernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consulta médica privada Dr. Alberdi. <sup>b</sup>Portola Valley. CA. EE. UU. <sup>c</sup>Instituto de Química Física Rocasolano. CSIC. España.

**Antecedentes y objetivos.** El pretratamiento de la uña con urea al 40% favorece su ablandamiento, elimina la hiperqueratosis y reduce su grosor, favoreciendo la penetración del fotosensibilizador y de la luz y por tanto mejorando la eficacia de la terapia fotodinámica. El objetivo del presente estudio fue evaluar y comparar la eficacia de la administración conjunta de urea y azul de metileno (AM), frente a su administración por separado en la terapia fotodinámica para el tratamiento de la onicomicosis.

**Métodos.** Veinte pacientes con onicomicosis moderada subungueal distal y lateral en la uña del primer dedo del pie, diagnosticada mediante cultivo microbiológico y análisis histológico se dividieron de manera aleatoria en dos grupos: 10 pacientes pretratados conjuntamente con urea al 40% y AM al 2% (grupo I) y 10 pacientes pretratados solo con urea al 40% a los que se administró una disolución acuosa de AM al 2% antes de cada irradiación (grupo II). Todos los pacientes recibieron 9 sesiones de radiación con luz roja ( $\lambda = 670$  nm; 10 min), espaciadas 2 semanas. La eficacia clínica, micológica, efectos adversos y grado de satisfacción del paciente fueron evaluados a las 16 semanas de la finalización del tratamiento.

**Resultados.** Ambos protocolos mostraron un descenso significativo en los valores del Índice de Severidad de la Onicomicosis a las 24 semanas del inicio del tratamiento. Se observó cómo la coloración azul por el AM desaparece muy lentamente en las uñas tratadas con el protocolo conjunto y, al mismo tiempo, un aspecto clínico muy bueno de las uñas a medida que van creciendo, respecto a la aplicación por separado. El grado de mejoría resultó algo más elevado en el grupo del protocolo conjunto.

**Conclusión.** Aunque ambos protocolos ejercen un efecto positivo en el tratamiento de la onicomicosis, el empleo conjunto de la urea y AM parece más efectivo a corto plazo.

#### P41. EFICACIA DEL LÁSER DE COLORANTE PULSADO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE LA DERMATOMIOSITIS

T. Ródenas Herranz<sup>a</sup>, M.J. Naranjo Díaz<sup>a</sup>, L. Linares González<sup>a</sup>, B. Espadafor López<sup>b</sup> y R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción.** La dermatomiositis (DM) es un tipo de miopatía inflamatoria idiopática que afecta al músculo esquelético y a la piel. Presenta formas adultas y juveniles, y hasta un 25% de los adultos tienen un tumor maligno asociado. Las lesiones cutáneas incluyen el eritema en heliotropo, las pápulas y el signo de Gottron y la poiquilodermia en la parte superior del tórax (signo de cuello en V), de la espalda (signo del chal) y muslo lateral (signo de holster o de la cartuchera). El tratamiento de la DM sistémica implica el inicio de corticosteroides e inmunosupresores con buen pronóstico si bien las manifestaciones cutáneas suelen no responder fácilmente.

**Caso clínico.** Mujer de 51 años natural de Brasil, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo y diagnóstico reciente de DM con lesiones compatibles con eritema en heliotropo, signo del chal y de holster, pápulas de Gottron, debilidad muscular en cintura escapular y dificultad para la deglución. Analítica sanguínea con creatina cinasa elevada, anticuerpos de miositis negativos y estudio dirigido sin datos de enfermedad paraneoplásica. Tras iniciar trata-

miento con corticoides orales, hidroxicloroquina 200 mg/día y azatioprina 150 mg/día, presenta mejoría de la clínica sistémica. Sin embargo, persiste la sintomatología cutánea en forma de eritema y prurito de predominio facial a pesar de tratamientos tópicos con corticoides e inhibidores de la calcineurina. Se decide iniciar tratamiento con láser de colorante pulsado (PDL), con distanciador de 7 mm, ancho de pulso de 0,5 ms e intensidad de 8 J/cm<sup>2</sup>. Se realizan 4 sesiones a intervalos de 3 meses, con resolución del prurito y mejoría del aspecto de las lesiones sin asociar hiper- o hipopigmentaciones ni cicatrices.

**Conclusiones.** El tratamiento cutáneo de la DM supone un reto terapéutico pues no todos los pacientes mejoran de la afectación dermatológica cuando la enfermedad muscular remite. Estudios recientes muestran resultados satisfactorios tras sesiones con PDL y de argón sobre el eritema, poiquilodermia, telangiectasias y pápulas de Gottron. El PDL ofrece una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la clínica cutánea de pacientes no respondedores a terapias convencionales, aunque son necesarios más estudios para evaluar y determinar la idoneidad del láser en el arsenal terapéutico de la DM.

#### P42. TRATAMIENTO CON TOFACITINIB ORAL EN TRES NIÑOS CON ALOPECIA AREATA

I. Balaguer Franch, E. Hernández de la Torre Ruiz, L.M. Nieto Benito, R. Suárez Fernández y M. Campos Domínguez

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

**Introducción.** La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune que condiciona una alopecia no cicatricial en un 2% de la población. Afecta con mayor frecuencia a niños, con gran detrimento psicológico, y para los que falta evidencia en los tratamientos. Presentamos nuestra experiencia con tofacitinib oral en tres niños con alopecia areata.

**Casos clínicos.** Niño de 7 años con AA en placas total de tres años de evolución, que no había respondido previamente a tratamientos tópicos (clobetasol, minoxidil 2%, antralina), triamcinolona intralesional ni sistémicos (minipulsos de dexametasona, ciclosporina y metotrexato), por lo que se decide inicio de tofacitinib 5 mg/12 h por uso compasivo. Un año después, se consigue repoblación total de cuero cabelludo y parcial de pestañas y cejas. Niña de 14 años con AA universal sin control de su enfermedad tras tratamiento tópico, metotrexato, dexametasona y ciclosporina, por lo que se aprueba tofacitinib 5 mg/12 h. A los seis meses, presenta repoblación parcial en el cuerpo y pobre en cuero cabelludo. Niño de 9 años con AA total para el que se inicia tofacitinib 5 mg/12 h tras ausencia de respuesta a tratamientos tópicos y minipulsos de dexametasona. Consigue repoblación total de cuero cabelludo. En los tres casos el fármaco fue bien tolerado y sin efectos secundarios relevantes, salvo una linfopenia leve autolimitada y asintomática en el tercer paciente.

**Discusión.** La AA en edad infantil se asocia a peor calidad de vida, mayor riesgo de acoso escolar y trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, por lo que precisa un tratamiento adecuado que prevenga las morbilidades asociadas. Los inhibidores de las Janus kinasas (JAK) inactivan los linfocitos T citotóxicos, implicados en la patogenia de la AA: en el folículo piloso se exponen antígenos a través del HLA-I que activan células T CD8+; estas liberan IFN- $\gamma$  que activa las vías JAK1 y 2. Existen evidencias de la efectividad de los inhibidores de JAK tanto tópicos (tofacitinib 1% y ruxolitinib 2%) como orales (también baricitinib) en series de casos. Entre los potenciales efectos secundarios, se encuentran las infecciones, hipertensión, trombosis y alteraciones analíticas, entre otras. Tofacitinib es un inhibidor de JAK1 y JAK3, empleado fuera de ficha técnica, que consigue por vía oral respuestas parciales o completas en hasta un 82% de los casos.

### P43. NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA EN EDAD INFANTIL TRATADA CON INMUNOGLOBULINAS Y ETANERCEPT

M. Agud de Dios, D. Falkenhain López, J. Arroyo Andrés, A. Sánchez Velázquez y A. Calleja Algarra

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

Se presenta el caso de una niña de 12 años sin antecedentes de interés que presenta un cuadro de necrólisis epidérmica tóxica con afectación de más del 50% de la superficie corporal afecta y erosiones en mucosa labial, con sospecha de origen farmacológico (ibuprofeno, paracetamol) sin poder descartar origen idiopático, asociado a fiebre y deterioro respiratorio con infiltrados pulmonares bilaterales. El cuadro se trató inicialmente con suspensión de los fármacos sospechosos, cuidados asépticos de las heridas, y gammaglobulinas (1 g/kg/día) completando una dosis total de 4 g/kg. Debido al empeoramiento progresivo se añadió a los 3 días de iniciar el despegamiento cutáneo etanercept en dosis única de 50 mg. A partir de las 24 h posteriores el cuadro se detuvo y se inició la epitelización progresiva de toda la superficie cutánea que se completó a los 7 días de iniciar el etanercept. Hasta la fecha no hay ensayos clínicos aleatorizados que demuestren la eficacia real de etanercept en población pediátrica. La evidencia se limita a casos aislados o series de casos. Además, la mayoría de los casos usan etanercept tras progresión del cuadro tras corticoides, ciclosporina y/o inmunoglobulinas. En nuestro caso, si bien no se pudo atribuir de forma directa la resolución del cuadro al etanercept al haber sido tratado previamente con inmunoglobulinas, la progresión se detuvo, así como la fiebre, a las 24 h de iniciado el etanercept. Se necesitan más datos para confirmar la eficacia del etanercept en casos de necrólisis epidérmica tóxica en población tanto adulta como pediátrica. En este caso presentamos la evolución favorable del cuadro tras añadir etanercept en dosis única al tratamiento previo con inmunoglobulinas.

### P44. CUERO CABELLUDO LIPEDEMATOSO. UN RETO TERAPÉUTICO

M.I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, C. García Harana<sup>a</sup>, N. Blázquez Sánchez<sup>a</sup>, C.A. Varela Castro<sup>b</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. España.*

**Introducción.** El cuero cabelludo lipedematoso es una entidad infrecuente y de etiología desconocida. Se caracteriza por un engrosamiento difuso y de tacto esponjoso del tejido celular subcutáneo localizado principalmente en vértex y occipucio. Suele ser un hallazgo casual dado que habitualmente cursa de forma asintomática, aunque puede asociar alopecia, prurito o disestesias que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes.

**Caso clínico.** Se trata de una mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés. Fue remitida a nuestro servicio por presentar una masa subcutánea en región occipital derecha que provocaba alodinia para el peinado, así como dolor lancinante que afectaba a su calidad de vida. A la exploración se palpaba una masa mal delimitada de consistencia blanda y esponjosa que provocaba intenso dolor a la palpación. Se realizó una RMN que evidenció un aumento del grosor del tejido subcutáneo a ese nivel, y una biopsia cutánea en elipse que objetivó la extensión del tejido subcutáneo a la dermis. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de cuero cabelludo lipedematoso. Se indicaron diversos tratamientos para control del dolor e hiperestesia que incluyeron gabapentina, pregabalina, eslicarbazepina, capsaicina, bloqueo anestésico y radiofrecuencia del nervio occipital mayor y menor, que solo consiguieron mejorías transitorias del dolor. Ante esta situación se optó por realizar infiltración intradérmica de toxina botulínica en el área hiperestésica, consiguiendo mejoría del dolor y alodinia por periodos de tres meses.

**Comentario.** En la actualidad no se dispone de ningún tratamiento que revierta o detenga la progresión de la enfermedad. Destacamos el uso de toxina botulínica para el control de la hiperestesia asociada como una alternativa de tratamiento menos invasiva y con menos efectos adversos, a tener en cuenta dentro del arsenal terapéutico disponible.

### P45. ERITRODERMIA ICTIOSIFORME CONGÉNITA CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

B. Udondo González del Tánago<sup>a</sup>, S. Vera Álvarez<sup>b</sup>, I. Villegas Romero<sup>b</sup>, D. Jiménez Gallo<sup>b</sup>, M. Linares Barrios<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Cruces. Bizkaia. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.*

Las ictiosis hereditarias son un grupo heterogéneo de enfermedades desde un punto de vista genético y fenotípico, caracterizadas por alteraciones en la barrera cutánea que dan lugar a hiperqueratosis, deshidratación e inflamación de la piel. Clásicamente se han clasificado en no sindrómicas y sindrómicas en función de si la afectación está limitada o no a la piel, respectivamente. En los últimos años se ha producido un avance notable en el conocimiento de los defectos moleculares subyacentes a estas enfermedades, poniendo en evidencia nuevas vías de tratamiento disponibles. El objetivo de esta comunicación es la descripción de un caso de eritrodermia ictiosiforme congénita con buen control del componente inflamatorio en tratamiento con ustekinumab.

**Caso clínico.** Varón de 6 años, hijo único de padres sanos no consanguíneos, recién nacido pretérmino a las 31 semanas, con parto eutócico no prolongado e infección estreptocócica perinatal. Al nacimiento presentó membrana tipo bebé colodión que se resolvió dando paso a una hiperqueratosis generalizada con descamación fina y fondo eritematoso. Con la sospecha de eritrodermia ictiosiforme congénita se realizó un estudio genético que puso en evidencia una mutación en CYP4F22, confirmando así el diagnóstico. Los exámenes complementarios no mostraron afectación en otros aparatos. La aplicación escrupulosa de emolientes no demostró mejoras significativas en la calidad cutánea ni en la sintomatología derivada, lo que finalmente hizo plantear el inicio de ustekinumab subcutáneo, logrando un control sintomático adecuado y mejorando objetivamente el eritema, hiperqueratosis y descamación cutáneos.

**Discusión.** El estudio inmunofenotípico en sangre y piel afectada de los pacientes con ictiosis ha permitido comenzar a entender los mecanismos fisiopatológicos implicados en el componente inflamatorio de estas enfermedades. Según las últimas publicaciones, los pacientes con ictiosis presentan un aumento de la expresión de los genes inducidos por la vía TH17, del mismo modo que los pacientes con psoriasis. Además, esta regulación al alza de marcadores moleculares inflamatorios está directamente relacionada con una mayor severidad clínica. El bloqueo de estas vías de inflamación supondría un equilibrio en el perfil inmunológico de los pacientes con ictiosis, mejorando así la carga inflamatoria y su calidad de vida.

### P46. HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON LÁSER VASCULAR DUAL COLORANTE PULSADO-ND:YAG

M. Sánchez Díaz, C. D'Alessandro Buccilli, J. Fernández Collins y M. Sánchez Viera

*IDEI- Instituto de Dermatología Integral. España.*

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por una proliferación vascular benigna,

tumoral o reactiva y la aparición de lesiones angiomasas papulares y nódulos en la piel de la cara y el cuero cabelludo, generalmente asintomáticas, en pacientes de edad media. Los hallazgos histológicos muestran vasos de pequeño calibre tapizados por células endoteliales prominentes, rodeados por un infiltrado de células inflamatorias, principalmente eosinófilos. A pesar de su naturaleza benigna, su localización en zonas visibles obliga a evaluar la repercusión estética del tratamiento. El tratamiento clásico recomendado es la cirugía pero, debido al alto índice de recurrencias, se han empleado técnicas alternativas (crioterapia, electrocoagulación, láser de CO<sub>2</sub>, láser de argón, corticoides intralesionales y sistémicos...). Con la aparición del láser de colorante pulsado y de los sistemas de láser vascular dual que permite combinar colorante pulsado con neodimio Yag en forma secuencial, conseguimos una mayor efectividad en el tratamiento. La mayor profundidad de penetración del Nd:Yag permite optimizar los resultados, preservando la epidermis. Presentamos un caso reciente de una mujer de 51 años con lesiones nodulares en región superciliar izquierda, con una respuesta satisfactoria al tratamiento con láser vascular dual.

#### **P47. USO DE LA COENZIMA Q10 CON ÁCIDO HIALURÓNICO EN BASE DE ACEITE DE OLIVA COMO TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS PERIORAL**

G. Selda Enriquez<sup>a</sup>, A.L. Melián Olivera<sup>a</sup>, P. Jaén Olasolo<sup>b</sup>, A. Matji<sup>c</sup> y M. Fernández Guarino<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

<sup>b</sup>Farmacia Paula Jaén Olasolo. <sup>c</sup>Departamento de Farmacia Galénica y Tecnología Alimentaria. Universidad Complutense. Madrid. España.

La dermatitis perioral (DPO) es una enfermedad caracterizada por la aparición de pápulas alrededor de boca, nariz y ojos, frecuente en mujeres de edad media con piel sensible. Hay diferentes tratamientos disponibles, pero existen casos refractarios. Presentamos el uso de la coenzima Q10 con ácido hialurónico en la DPO. Se recopilaron pacientes con un brote de DPO moderada-severa tratados a demanda con una fórmula magistral con ácido hialurónico (AH) al 1% y coenzima Q10 al 0,5-1% en base de aceite de oliva (Q10 + AH) de posología diaria. Se recogieron datos demográficos, el uso de tratamientos previos y medimos la gravedad de la DPO mediante la escala Perioral Dermatitis Severity Index (PODSI). Un total de 16 pacientes con DPO realizaron el tratamiento con Q10 + AH de las cuales 14 (94%) eran mujeres. En 10 pacientes (63%) se añadió a la fórmula magistral rosa mosqueta y en 2 pacientes (13%) se añadió además niacinamida o resveratrol. Todos los pacientes presentaban intolerancia a los cosméticos y se aplicaron diferentes cremas de venta libre sin éxito. Tras el seguimiento, todos los pacientes mejoraron significativamente de la clínica de la DPO, con un tiempo de respuesta medio de 21,31 días (rango 14-30) y un PODSI medio de 0,5 (rango 0-1). Además, todos los pacientes se sentían satisfechos y no se observaron efectos adversos. La DPO produce molestias y alteraciones estéticas y característicamente muestran mala tolerancia a las cremas. La coenzima Q10, un antioxidante liposoluble, y el AH son componentes naturales en la piel, accesibles y estables. No se ha descrito previamente el tratamiento de la DPO con Q10 + AH, las cuales son unas moléculas seguras para su utilización en la cara y cuerpo y no son fotosensibilizantes. El formato de fórmula magistral permite eliminar cualquier conservante que pueda empeorar la DPO, aunque tiene de desventaja su potencial inestabilidad y la falta de trazabilidad. El pH de la fórmula está entre 3,5 y 5, que con la base de aceite de oliva hace que se tolere perfectamente en la piel tratada. Además se añade ácido oleico para mejorar aún más la penetración de la crema. En conclusión, con los datos obtenidos en nuestro estudio, planteamos la utilización de Q10 + AH para el tratamiento de los brotes de DPO, incluso sin la necesidad de otros tratamientos médicos acompañantes.

#### **P48. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO LÁSER DE LAS PLACAS CEFÁLICAS DE LA ESCLEROSIS TUBEROSA**

A. Suárez Valle, P. Boixeda de Miquel, M. Domínguez Santás, B. Díaz Guimaraens y P. Jaen Olasolo

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

La esclerosis tuberosa (ET) es una facomatosis de herencia autosómica dominante caracterizada por lesiones cutáneas (principalmente angiofibromas, máculas hipopigmentadas y collagenomas), así como manifestaciones neurológicas (convulsiones, discapacidad intelectual...). Las placas fibrosas cefálicas (PFC) se presentan en un 20-46 % de los casos. La localización más frecuente es la frente, pero también pueden presentarse en otras zonas de la cara, cuero cabelludo o cuello. Suelen ser firmes, de coloración pardo amarillenta o marrón rosado y medir entre 1-5 cm. Histológicamente muestran densos haces de colágeno dérmico y disminución de fibras elásticas, así como rasgos histopatológicos muy similares a los angiofibromas y fibrofolliculomas. Las PFC de gran tamaño pueden resultar estigmatizantes para los pacientes afectados de ET, impactando negativamente en factores emocionales del paciente y en su calidad de vida. Los láseres han sido escasamente empleados en su tratamiento, centrándose la mayoría de los reportes en el manejo de los angiofibromas. Presentamos una serie de casos tratados en la unidad de láser del Ramón y Cajal con láser CO<sub>2</sub>. Empleamos una combinación de prilocaína/lidocaína en crema una hora antes de la sesión y, según la localización, infiltramos mepivacaína al 2% en las placas inmediatamente antes de la intervención. Los parámetros empleados en sesiones iniciales son en modo ablativo continuo 1-10 W, posteriormente en modo ultrapulsado 1-6 W, individualizando según las características de cada paciente. La mejoría se evidencia en todos los casos en una disminución del volumen de las lesiones, haciéndolas menos evidentes. Son necesarias una media de dos tratamientos. En nuestra experiencia otras modalidades de tratamiento láser (vascular o láser fraccionado ablativo) que han sido empleadas en la literatura científica en el tratamiento de las PFC son menos eficaces, aunque la combinación puede ser de utilidad. Las mutaciones inactivadoras de TSC1 y 2 llevan a una activación aberrante de mTOR, lo que convierte a la rapamicina 0,2-1% tópica en una alternativa para el tratamiento de estos tumores cutáneos. La combinación del tratamiento tópico, la terapia física, así como la escisión quirúrgica podría ser un abordaje con mejores resultados que los tratamientos por separado. El tratamiento con láser CO<sub>2</sub> ablativo es una alternativa eficaz para mejorar la apariencia de las placas fibrosas cefálicas. Hay que tener en cuenta que el estrés psicológico y estigma social relacionado con estas lesiones puede afectar a la calidad de vida de estos pacientes.

#### **P49. TOXICODERMIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE COVID, PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA POR USO DE CEFALOSPORINAS**

J. Sánchez Arráez, I. Torres Navarro, J. Roca Ginés, C. Pérez Abril y R. Botella Estrada

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

Presentamos el caso de una paciente de 49 años con neumonía bilateral COVID positiva en la que fue necesario el uso de múltiples medicamentos. Tras un mes de estancia en UCI la paciente comienza con un exantema micropustular afectando sobre todo a tronco pero también distribuido por pliegues cutáneos. No presentaba afectación de mucosas. Se realizó el diagnóstico clínico de pustulosis exantemática aguda generalizada. La paciente había recibido cefditoreno para su patología respiratoria unos días antes. Tras cambiar el tratamiento antibiótico y manejo con corticoides tópicos



cos se produjo la resolución del cuadro cutáneo de la paciente en una semana aproximadamente. Nos gustaría recalcar que no todas las afectaciones cutáneas graves del paciente COVID están causadas por la toxicidad del virus directamente.

### P50. NEVUS MELANOCÍTICO INTRADÉRMICO CONGÉNITO FACIAL. TRATAMIENTO CON LÁSER DE DIÓXIDO DE CARBONO

J. Martín Vera<sup>a</sup>, I. Rego Campuzano<sup>b</sup>, J. del Pozo Losada<sup>b</sup>, M. Colmenero Sendra<sup>a</sup> y E. Beatriz Sanz Cabanillas<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Costa del Sol. Marbella.*

*<sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.*

**Introducción.** Los nevos melanocíticos congénitos (NMC) suelen estar presentes en el nacimiento o aparecer en los primeros meses de vida. El tratamiento es polémico, siendo el de elección, en caso de realizarse, la cirugía. Sin embargo, en ocasiones, esta es compleja técnicamente o sus resultados son inadecuados desde el punto de vista funcional y estético. En estos casos, podemos obtener buenos resultados estéticos utilizando otros métodos, como el curetaje, dermoabrasión o terapia con láser ablativo como el láser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>).

**Caso clínico y resultados.** Paciente varón de 33 años que consulta en 2015 por NMC en región facial. A la exploración, presenta una lesión pigmentada verrugosa en sien, arco cigomático, mejilla y zona lateral de párpado superior izquierdo de entre 15 y 20 cm de diámetro. Se realiza biopsia, con resultado compatible con NMC predominantemente intradérmico. En consenso con el paciente y dado el tamaño, localización de la lesión y estudio histopatológico, se decide tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. Se realizan 12 sesiones a lo largo de 5 años, obteniéndose gran mejoría de la pigmentación y aplanamiento de la lesión así como de la funcionalidad del párpado afecto. A pesar de presentar hipopigmentación y alteraciones texturales en algunas zonas, hay una gran satisfacción del paciente con el resultado obtenido.

**Discusión.** El tratamiento con láser CO<sub>2</sub> de los NMC sigue generando gran controversia ya que no disponemos de análisis histológico completo y persisten melanocitos en dermis profunda. Los NMC medianos faciales suelen ser lesiones desfigurantes e inestéticas, pudiendo desencadenar secuelas psicológicas. En casos seleccionados con repercusión estética importante, donde la cirugía supone gran morbilidad y secuelas, sobre todo en estos raros casos de tipo intradérmico, el láser de CO<sub>2</sub> puede suponer una opción terapéutica excelente como lo refiere la satisfacción de nuestro paciente.

### P51. TIOSULFATO SÓDICO INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA CALCINOSIS CUTIS ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE: MEJORÍA CLÍNICA Y ECOGRÁFICA

L. Armillas Lliteras, M. Iglesias Sancho, M. Quintana-Codina, N. Setó-Torrent y M. Salleras-Redonnet

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

**Introducción.** La calcinosis cutis (CC) consiste en el depósito de sales de calcio en la piel. Es frecuente su asociación a enfermedades autoinmunes y su tratamiento es un reto terapéutico.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de una mujer de 72 años diagnosticada de enfermedad mixta del tejido conectivo de 8 años de evolución en tratamiento con metotrexato y prednisona que consultó por aparición de lesiones en ambos antebrazos. A la exploración física presentaba numerosos nódulos duros y dolorosos a la palpación. La ecografía cutánea mostró múltiples lesiones compatibles con calcificaciones en hipodermis. Analíticamente no presentó al-

teraciones del metabolismo fosfocálcico. Se orientó como CC distrófica en contexto de enfermedad autoinmune. Se trató con la infiltración intralesional de tiosulfato sódico (TS). Se realizó una sesión mensual durante 5 meses, en cada una de las cuales se infiltró 2 ml de solución de TS a 250 mg/ml en el antebrazo izquierdo, previa anestesia local. Se observó disminución clínica del tamaño de las lesiones que se objetivó con ecografía. La paciente no refirió efectos adversos.

**Discusión.** La CC presenta 5 subtipos que incluyen distrófica, metastásica, idiopática, iatrogénica y la calcifilaxis. La más frecuente es la distrófica y se asocia a numerosas condiciones que implican alteración en el tejido conectivo, como trastornos hereditarios, neoplasias cutáneas, traumatismos y, en especial, a enfermedades autoinmunes. Clínicamente, se suele presentar como nódulos asintomáticos o moderadamente dolorosos. Se han propuesto múltiples tratamientos médicos con escasa eficacia y opciones quirúrgicas, aunque implican mayor morbilidad. El TS actúa como disolvente de los depósitos tisulares de calcio. Se ha usado de forma tópica para el tratamiento de la CC con discreta eficacia. Además, de forma intravascular supone tratamiento de primera línea para la calcifilaxis, aunque con mayores efectos adversos. De forma más novedosa, se han reportado algunos casos de CC tratado con TS intralesional con muy buena respuesta y sin efectos adversos importantes, como en nuestro caso.

**Conclusión.** En conclusión, dado el reto terapéutico que supone la CC, el TS intralesional puede suponer una interesante opción para su tratamiento, consiguiendo resultados satisfactorios y sin implicar morbilidad ni efectos adversos graves.

### P52. TRATAMIENTO DE LEIOMIOMAS CUTÁNEOS CON TOXINA BOTULÍNICA A

M. González Cañete<sup>a</sup>, D. Vega Díez<sup>a</sup>, M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup> y S. Medina Montalvo<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.*

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. España.*

**Introducción.** Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos derivados del músculo erector del pelo; suelen ser dolorosos, produciendo un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

**Caso clínico.** Varón de 36 años que consulta por lesiones dolorosas en espalda desde hace 6 años. A la exploración se observan múltiples pápulas color piel agrupadas en placa en zona escapular y lumbar. Se realiza biopsia-punch, observándose un tumor no encapsulado compuesto por haces de músculo liso entrelazadas, compatible con leiomioma. Se inicia analgesia oral que no fue efectiva, por lo que, debido a la persistencia de dolor intenso, se inyecta toxina botulínica A (TBA) intralesional, 2 UI por lesión (se trataron 12 lesiones) tras la reconstitución de un vial de 100 UI de toxina en 5 ml de suero salino al 0,9%. La técnica fue bien tolerada, con disminución notoria del número de episodios dolorosos durante 2 meses, pero con pérdida progresiva de eficacia. El tratamiento se repitió cada 3 meses durante el último año y medio con excelente respuesta.

**Discusión.** Los leiomiomas cutáneos se presentan como pápulas firmes solitarias o múltiples de color carne, eritematosas o hiperpigmentadas, generalmente menores de 1,5 cm. Alrededor del 90% producen dolor que se desencadena espontáneamente, en respuesta al frío, traumatismos, estrés emocional o al tacto. La cirugía es de elección (pese a alta tasa de recidiva). Sin embargo, existen limitaciones, como lesiones múltiples o malos resultados estéticos. En estos casos, el láser ablativo de CO<sub>2</sub>, la crioterapia o la inyección intralesional de TBA han demostrado eficacia en el alivio del dolor. La TBA bloquea la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular, produciendo una disminución del tono muscular, reduciendo los espasmos musculares. También inhibe la liberación de neuro-

peptidos relacionados con el dolor, como la sustancia P, el CGRP y el glutamato, inhibiendo la sensibilización periférica. En el único en el estudio aleatorio, doble ciego, controlado con placebo publicado hasta la fecha, el uso de TBA en los leiomiomas dolorosos se asoció con una mejoría estadísticamente significativa de la calidad de vida.

**Conclusiones.** El tratamiento de los leiomiomas, especialmente si son dolorosos, puede ser un reto. Cuando la cirugía no es una opción, la TBA intralesional es un tratamiento seguro y eficaz para el dolor asociado.

### P53. TERAPIA FOTODINÁMICA COMBINADA Y LUZ DE DÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ROSÁCEA ERITEMATOTELANGIECTÁSICA

A. Andamayo Castañeda<sup>a</sup> y M.D. Fernández Ballesteros<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. <sup>b</sup>Hospital Regional de Málaga. Málaga. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Hombre de 77 años de edad con antecedente de múltiples queratosis actínicas (grados I-II) faciales y rosácea eritematotelangiectásica. El objetivo fue tratar ambas entidades con terapia fotodinámica (TFD).

**Métodos.** Se realizó una sesión de TFD combinada (TFD COMBI) con el fotosensibilizante ácido 5-aminolevulínico en nanoemulsión (luz de día (TFD LD) durante 2 h e inmediatamente después iluminación con lámpara de diodo a una longitud de onda de 635 nm durante 8:40 min para conseguir una fluencia de 37 J/cm<sup>2</sup>). Se indicó una segunda sesión a los siete días. No obstante, el paciente se autoaplicó el fotosensibilizante por la mañana durante cinco días seguidos (TFD LD) en la semana de recuperación, por lo que la segunda sesión de TFD COMBI no se realizó.

**Resultados.** Tras la primera sesión se observó eritema significativo, el paciente refería mínima tirantez facial, discreto calor local pero bien tolerado (EVA 1). Se indicó la utilización de crema antibiótica de ácido fusídico por la noche. Tras la realización de cinco días seguidos de TFD LD autoaplicada, se apreciaron extensas áreas de placas eritematocostrosas faciales, el paciente refería dolor (EVA 7) y sensibilidad facial. Se pautó una crema reparadora con glicerina, madecassoside y pantenol 5% cada 8 h y crema de ácido fusídico cada 12 h. A la semana, las placas habían desaparecido y el eritema era menos evidente, el paciente refería menos sensibilidad facial y el dolor había disminuido (EVA 0). Continuó con la crema reparadora cada 12 h dos meses más; en la evolución se apreció una disminución de las costras junto a reducción significativa del eritema. Mejoría de la xerosis, luminosidad, elasticidad cutánea (fotorrejuvenecimiento) y disminución de las queratosis actínicas faciales tras tres meses de tratamiento.

**Conclusiones.** Proponemos usar TFD COMBI como nueva modalidad de tratamiento para la rosácea eritematotelangiectásica y eventualmente indicar TFD LD adicionales con un intervalo de siete días entre ellas y no como ocurrió con nuestro paciente por autoaplicación para obtener un resultado equiparable con menos efectos secundarios.

### P54. TIMOLOL 0,5% EN SOLUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO TÓPICO DEL ERITEMA POSTACNÉ

P. José Navarro Guillamón, I. Castaño Uhagon, R. Castillo Muñoz y E. Herrera Acosta

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

**Introducción.** El eritema e hiperpigmentación postacné es un problema frecuente que debemos afrontar tras el tratamiento efectivo del acné, debido a las frecuentes inquietudes y preocupaciones que

suelen expresar los pacientes en la consulta. El acné tiene un importante componente psicológico por lo que es importante un abordaje integral tanto en la fase de tratamiento activo como de las secuelas postacné.

**Material.** Presentamos el caso de una paciente que tras el tratamiento de un brote de acné con isotretinoína oral presentaba eritema persistente postacné.

**Resultados.** Recomendamos la utilización de timolol 0,5% solución, aplicando dos gotas en cada mejilla por las noches hasta la revisión en dos meses en consulta. Para ello prescribimos timolol 5 mg/mL solución oftálmica, comercializada en España. Informamos a la paciente y aceptó su uso fuera de ficha técnica. En la revisión tras dos meses evidenciamos una mejoría ostensible del eritema postacné, siendo la tolerancia excelente sin referir ningún efecto adverso relacionado con el tratamiento.

**Discusión.** El timolol maleato es un fármaco betabloqueante no selectivo que induce vasoconstricción e inhibe la formación de factores angiogénicos (como el factor de crecimiento vascular endotelial) y proinflamatorios (como la metalopeptidasa de la matriz extracelular-2 y 9 o la IL-6). Por estos motivos, es plausible su utilidad para patologías inflamatorias como el eritema postacné. En los últimos años se han publicado trabajos estudiando su aplicabilidad en patologías como la rosácea o el acné leve, siendo el timolol una herramienta útil. Por otro lado, es un tratamiento establecido de primera línea en caso de hemangiomas focales de pequeño tamaño, siendo los betabloqueantes vía oral (propranolol fundamentalmente) de elección en hemangiomas de gran tamaño, segmentarios o en zona genital. Se trata de un tratamiento altamente costo-efectivo ya que se aplica de forma tópica por parte del paciente y son formulaciones oftálmicas disponibles en el mercado. No obstante, sería interesante la formulación magistral de este principio activo en excipiente tipo gel para mejorar la aplicación del mismo y la tolerabilidad. La dosis máxima recomendada de timolol tópico es 0,2 mg/kg/día. La dosis contenida en una gota de timolol 5 mg/mL solución oftálmica es 0,25 mg, por tanto el riesgo de efectos adversos sistémicos es prácticamente inexistente.

**Conclusión.** El uso de timolol 0,5% tópico puede suponer una herramienta útil en el manejo de patología inflamatoria como puede ser el eritema postacné y algunas formas limitadas de acné y rosácea. No parece ser una terapia única suficiente para el manejo de las mismas, pero puede ser útil incorporarlo dentro del manejo holístico de estas patologías.

### P55. COMBINACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA E INJERTOS EN SELLO TRAS CIRUGÍA DE MOHS DIFERIDA DE MELANOMA DE CUERO CABELLUDO

E. Lucía Pinto Pulido, D. Vega Díez, M. González Cañete, A. Rodríguez-Villa Lario y L. Trasobares Marugán

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente de 76 años que fue intervenido mediante cirugía de Mohs diferida de dos máculas pigmentadas de bordes mal definidos de 1,5 cm (parietal izquierda) y 2 cm de diámetro (parietal derecha), diagnosticadas previamente mediante biopsia de melanomas de extensión superficial de 0,2 mm de índice de Breslow. Se realizó extirpación de ambas lesiones con márgenes de 1 cm. El análisis histológico confirmó la existencia de adecuados márgenes de extirpación, por lo que no fue necesaria una reintervención. Debido a la extensión de ambas heridas y su localización en cuero cabelludo se decidió cierre por segunda intención. Para facilitar este proceso, se utilizó terapia de cierre asistido por vacío, aplicando sobre el lecho de ambas heridas 80 mmHg de presión negativa. Dos semanas después se colocaron sobre la super-

ficie de la herida de mayor tamaño injertos en sello obtenidos de piel donante de la cara interna del muslo del paciente. Se continuó realizando curas con óxido de zinc en spray y apósitos de alginato de calcio, consiguiendo la cicatrización completa de las heridas con un resultado estético muy satisfactorio.

**Discusión.** La terapia de cierre de heridas asistida por vacío constituye una técnica en auge como alternativa para el cierre de heridas en aquellos pacientes en los que debido a sus comorbilidades, edad o localización y extensión de la herida la reconstrucción mediante colgajo o injerto resulta complicada e implica potenciales complicaciones. La aplicación de terapia de presión negativa promueve la vascularización local, la formación de tejido de granulación, reduce el exudado y previene de infecciones. Estas propiedades contribuyen a la cicatrización mediante segunda intención de forma más rápida y con óptimos resultados estéticos. La aplicación de injertos en sello constituye otra técnica que se puede realizar en la consulta para promover la cicatrización de heridas por segunda intención que no solo disminuye el tiempo de cicatrización, sino que además tiene un efecto paliativo del dolor. Estas dos técnicas se pueden combinar, como se hizo en una de las heridas de nuestro paciente, con efecto sinérgico ya que los beneficios de la presión negativa facilitan la supervivencia de los injertos.

## P56. EXPERIENCIA DEL USO DE OMALIZUMAB EN NUESTRA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA: UNA SERIE DE CASOS

G. Gallo Pineda, I. Navarro Navarro, A. Jiménez Antón, M. Viedma Martínez y D. Jiménez Gallo

*Unidad de Gestión Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.*

**Introducción.** Omalizumab (OMA) es un anticuerpo monoclonal humanizado contra la inmunoglobulina E (IgE). Está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento de urticaria crónica espontánea (UCE), asma alérgica y rinosinusitis crónica con pólipos nasales. Además, existe evidencia que apoya su uso compasivo en otras patologías dermatológicas donde la IgE participa en su patogenia, como la urticaria crónica inducible (UCI) o la urticaria-vasculitis (U-V). En este trabajo presentamos una serie de pacientes tratados con OMA en nuestra unidad de Dermatología y analizamos los resultados obtenidos con ellos.

**Métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes de nuestra unidad en tratamiento con OMA. De estos pacientes se recogieron: sexo, edad, tratamientos previos, indicación, posología, tiempo de tratamiento, coadyuvantes, respuesta clínica y reacciones adversas al medicamento (RAM).

**Resultados.** Nuestra serie la compusieron 62 pacientes con un 66,1% de mujeres, un 33,9% de hombres, y una media de edad de  $50,9 \pm 17,3$  años. Las indicaciones más frecuentes fueron UCE (77,4%), UCI (14,5%) y U-V (4,8%). Los tratamientos sistémicos previos más empleados fueron antihistamínicos anti-H1 (AH), glucocorticoides, ciclosporina y metotrexato. La posología de OMA más empleada fue de 300 mg cada 4 semanas con un 67,7%. El tiempo mediano de tratamiento fue de 31,5 meses. Se obtuvieron un 74,2% de respuestas completas (RC) con OMA en monoterapia, y un 93,5% con OMA en combinación con coadyuvantes, principalmente AH. Como RAM, una paciente refirió artralgias leves durante los 2-3 días posteriores a la administración del fármaco.

**Discusión y conclusiones.** En esta serie empleamos OMA para tratar a pacientes con cuadros severos y refractarios de UCE, UCI y U-V. El obtener un 93,5% de RC en este tipo de pacientes deja entrever su eficacia. Además, presenta un buen perfil de efectos adversos, ya que durante una mediana de seguimiento de 31,5 meses solo se reportó una RAM de carácter leve. En nuestra experiencia, OMA se presenta como una alternativa terapéutica eficaz y segura a valorar en pacientes con patologías dermatológicas donde la IgE desempeña un papel en su patogenia.

## P57. ERITROMELALGIA PRIMARIA DE LAS RODILLAS CON BUENA RESPUESTA A OXIMETAZOLINA TÓPICA

A. Altemir<sup>a</sup>, M. Iglesias-Sancho<sup>a</sup>, C. Barrabés<sup>a</sup>, M. Sanchez-Regaña<sup>b</sup> y M. Salleras Redonnet<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. Grupo Hospitalario Quironsalud. <sup>b</sup>Clinica Dermacot. Mataró. España.*

**Introducción.** La eritromelalgia es una patología infrecuente caracterizada por crisis de dolor y eritema en las extremidades que empeoran especialmente con el calor y mejoran con el frío. Existen múltiples tratamientos, aunque su eficacia suele ser limitada.

**Caso clínico.** Mujer de 68 años que consultó por eritema y quemazón en las rodillas de 20 años de evolución de curso intermitente y con afectación importante del descanso nocturno. La paciente refería empeoramiento con el calor y mejoría con frío local. Se había tratado previamente con ácido acetilsalicílico, amitriptilina y pregabalina sin éxito. El electromiograma y la ecografía-Doppler resultaron normales y la biopsia cutánea mostró cambios dérmicos inespecíficos. La analítica completa no presentaba alteraciones significativas y negaba medicación que pudiera desencadenar las lesiones. Tras la exclusión de patología asociada se diagnosticó de eritromelalgia primaria de las rodillas. Se inició tratamiento con oximetazolina al 1% en emulsión O/W, una aplicación diaria, con gran mejoría clínica al mes de tratamiento.

**Discusión.** La eritromelalgia se considera un trastorno neuronal y vascular, por una afectación de pequeñas fibras nerviosas y un aumento transitorio del flujo sanguíneo. Su diagnóstico es clínico en base a episodios paroxísticos característicos con una duración variable de minutos a días. Se han descrito formas secundarias asociadas a síndromes mieloproliferativos, fármacos, o menos frecuentemente, infecciones o enfermedades autoinmunes; y formas primarias de origen genético o esporádico. Dado que no existe cura, su tratamiento suele ser sintomático. Algunos medicamentos se centran en tratar la neuropatía con gabapentina, antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina; o el componente vascular con los betabloqueantes o antagonistas del calcio. En casos secundarios a trastornos mieloproliferativos, el tratamiento más usado es el ácido acetilsalicílico. La oximetazolina es un agonista alfaadrenérgico no selectivo que ejerce un efecto vasoconstrictor por su actuación en los receptores vasculares y en los post-sinápticos endoteliales. Este mecanismo terapéutico podría explicar la excelente respuesta en nuestro caso.

**Conclusión.** Presentamos el primer caso de eritromelalgia con buena respuesta tras la aplicación tópica de oximetazolina.

## P58. TRATAMIENTO DE SECUELAS POR LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO

A. Llull Ramos, M.C. Montis Palos, I. Gracia Darder, J. Escalas Taberner y A. Bauzá Alonso

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma. España.*

**Introducción.** La calidad de vida de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC) se ve frecuentemente afectada, ya que por su naturaleza fotosensible sus lesiones activas y las secuelas que dejan se localizan con frecuencia en zonas visibles como la cara, las extremidades superiores o el escote. Presentamos dos casos de tratamiento de secuelas de LEC, uno con láser PDL y otro con lipofilling.

**Caso 1.** Mujer de 59 años con lupus discoide de larga evolución, que afectaba la región facial y el cuero cabelludo. Había realizado tratamiento con múltiples fármacos, en ese momento tomaba lenalidomida y se decidió asociar terapia con láser PDL. Tras seis sesiones, aumentando la fluencia progresivamente entre sesiones desde 6,5 J/cm<sup>2</sup> hasta 7,5 J/cm<sup>2</sup>, la apariencia estética de las lesiones había mejorado significativamente.

**Caso 2.** Mujer de 24 años con lupus discoide que había tratado con múltiples tratamientos tópicos y sistémicos. Desarrolló una paniculitis lúpica en la mama y la región mandibular izquierda, dejando cicatrices deprimidas. Se realizaron dos sesiones de lipofilling, con lo que mejoró el aspecto de las cicatrices.

**Discusión.** Por miedo a la reactivación de la enfermedad se evitan frecuentemente procedimientos como el láser o los inyectables en pacientes con LEC, pero en la actualidad se ha demostrado el beneficio del uso de algunos de estos procedimientos. Se ha descrito la eficacia de terapias con láser en el tratamiento de secuelas del LEC, incluso en artículos más recientes se ha propuesto su uso en lesiones agudas. El lipofilling parece tener un papel relevante en el tratamiento de lipoatrofias de causas diversas, entre ellas las causadas por enfermedades autoinmunes cutáneas como el lupus crónico. Es menos habitual el uso de otros inyectables en el tratamiento de LEC, aunque existen casos con un resultado satisfactorio, señalándose con frecuencia el potencial riesgo de reactivación de la enfermedad aún no habiéndose registrado casos en los que se describa esta complicación. Debido a la variedad de secuelas secundarias a LEC se necesita frecuentemente la combinación de varios tratamientos para conseguir un resultado satisfactorio.

### P59. EXCELENTE RESPUESTA CLÍNICA A GUSELKUMAB EN PACIENTE CON ACNÉ CRÓNICO SEVERO EN CONTEXTO DE SÍNDROME SAPHO (SINOVITIS, ACNÉ, PUSTULOSIS, HIPEROSTOSIS, OSTEÍTIS)

D. Falkenhain López, M. Puerta-Peña, M. Agud-Dios, J. Arroyo-Andrés, A. Sánchez-Velázquez y C. Postigo-Llorente

*Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción.** El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) constituye una entidad heterogénea definida por afectación cutánea y articular. Las manifestaciones dermatológicas principales son el acné severo y la pustulosis palmoplantar. Presentamos un paciente con acné crónico severo refractario a múltiples fármacos biológicos en el que se objetivó una gran respuesta clínica al tratamiento con guselkumab.

**Caso clínico.** Se trata de un varón de 21 años con autismo severo. Comenzó a los 15 años con un brote de acné fulminans y sacroileítis reactivos al inicio de isotretinoína por acné vulgar. Desde entonces ha persistido un cuadro de acné severo crónico refractario a múltiples tratamientos (metotrexato, dapsona, apremilast, etc.), presentando lesiones noduloquísticas inflamatorias en tórax, región facial y miembros proximales, con rebrotes periódicos. Tras una respuesta no duradera a adalimumab, se intentó tratamiento con secukinumab e ixekizumab sin mejoría. Finalmente, se decidió iniciar guselkumab. El paciente presentó en esta ocasión una buena respuesta, cediendo los brotes de lesiones inflamatorias. Tras 8 meses de tratamiento, se ha mantenido controlado y sin efectos adversos reseñables.

**Conclusiones.** No existen guías definidas para el manejo del acné crónico severo, tanto asociado al síndrome SAPHO como a otros cuadros del espectro de las entidades dermatológicas autoinflamatorias. Por tanto, el tratamiento se suele ver limitado a la experiencia clínica y escasos reportes en la literatura. Además, estos pacientes suelen presentar mal control clínico con altos requerimientos terapéuticos. Diversas terapias biológicas han sido usadas en estos casos, postulándose los fármacos antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF) como la alternativa más asentada. Sin embargo, existe muy poca evidencia de alternativas en pacientes refractarios a anti-TNF. Casos aislados con antiinterleuquina (anti-IL) 17 han sido reportados, con respuestas variables. Menos experiencia hay aún con los fármacos anti-IL-23, por lo que resulta interesante la buena respuesta de nuestro paciente a esta línea de tratamiento

tras fallo a otras alternativas. Son necesarios más estudios para caracterizar mejor el tratamiento adecuado del acné crónico severo, pero reportes como este postulan a fármacos como los anti-IL-23 como una alternativa a considerar en estos pacientes.

### P60. TRATAMIENTO DE VERRUGAS RECALCITRANTES CON SOLUCIÓN DE ÁCIDO MÁLICO Y ÁCIDO CÍTRICO

N. Silvestre Torner<sup>a</sup>, J. Román Sainz<sup>a</sup>, F. Gruber Velasco<sup>a</sup>, E. Vargas Laguna<sup>a</sup> y M. Rodríguez Fernández<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.*

**Introducción.** Las verrugas víricas suponen un problema habitual, no tanto por su diagnóstico sino por su enfoque terapéutico. Aunque no existe consenso definitivo, se define una verruga como "recalcitrante" cuando no responde o recidiva tras el tratamiento inicial.

**Caso clínico.** Presentamos 2 pacientes inmunocompetentes con verrugas recalcitrantes con buena respuesta a tratamiento tópico con ácido málico y ácido cítrico (20 g/20 ml). *Caso 1:* Mujer de 37 años con verruga periungueal de 3 años de evolución persistente pese a tratamiento con imiquimod crema, 5 sesiones de crioterapia y 6 de terapia fotodinámica. Tras 4 semanas de tratamiento tópico con solución de ácido málico y ácido cítrico, aplicado 2 veces al día en cura oclusiva, presentó resolución completa de la lesión, sin irritación cutánea ni otros efectos adversos. *Caso 2:* Mujer de 41 años, con 2 verrugas plantares de 2 años de evolución recalcitrantes tras tratamiento con vaselina salicilica y 5 sesiones de crioterapia. Las lesiones resolvieron tras 15 días de tratamiento con solución de ácido málico y ácido cítrico aplicado una vez al día en cura oclusiva, sin reportar efectos secundarios.

**Discusión.** Los tratamientos disponibles para el manejo de las verrugas son múltiples, incluyendo técnicas destructivas (ácido salicílico, crioterapia, cantaridina, cirugía con láser, terapia fotodinámica, tratamiento quirúrgico...), tratamientos citotóxicos (bleomicina, retinoides cidofovir, 5-fluorouracilo...), así como inmunoterapia tópica (imiquimod, difenciprona) o intralesional (PPD, antígeno de Candida, vacuna triple vírica, vacuna VPH, análogos de la vitamina D, zinc...). Ninguna terapéutica se considera superior a los demás, siendo el tratamiento ideal aquel que resulta eficaz, cómodo y con buen perfil de efectos adversos. La solución de ácido málico y ácido cítrico (20 g/20 ml) produce irritación química, acelera la descamación e induce la apoptosis celular, suponiendo una alternativa terapéutica eficaz, indolora y bien tolerada para el tratamiento de las verrugas recalcitrantes.

### P61. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL LÁSER ALEJANDRITA DE PICOSEGUNDOS EN EL TRATAMIENTO DEL NEVUS DE OTA

P. Burgos Blasco, G. Selda Enríquez, A. Laura Melián Olivera, M. Domínguez Santás y P. Boixeda de Miguel

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

**Antecedentes y objetivos.** El nevus de Ota es un hamartoma melanocítico benigno que se manifiesta en forma de máculas color azulgrisáceo puntiformes que confluyen en un parche de tamaño variable, afectando habitualmente de forma unilateral la región de la primera y segunda rama del trigémino. Se presenta un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con láser alejandrita de picosegundos en los pacientes afectados por nevus de Ota.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes con nevus de Ota que recibieron al menos una sesión de láser alejandrita de pi-



cosegundos entre enero de 2017 y agosto de 2021. El tratamiento se llevó a cabo con láser Picosure® de 755 nm. A todos los sujetos se les realizó una anamnesis y exploración detallada, tomando iconografía de la lesión previa al tratamiento y en cada sesión o revisión. Se recogieron datos con respecto a efectos secundarios y satisfacción del paciente con el tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 11 pacientes (3 varones y 8 mujeres), con una mediana de edad de 35 años (rango 7-75). Todos los sujetos presentaban nevus de Ota, 5 (45,5%) con lateralidad derecha y 6 (54,5%) con lateralidad izquierda. Seis pacientes (54,4%) presentaban afectación extensa, entendida como afectación de la región de la primera y segunda ramas del nervio trigémino. Tras una mediana de 3 sesiones (rango 2-13) a intervalos de 4 meses de mediana (rango 1,5-12), se objetivó un aclaramiento superior al 90% en 4 pacientes (36,4%), un aclaramiento parcial en 5 (45,5%) y una respuesta insuficiente en 2 pacientes (18,2%). Seis pacientes (54,5%) experimentaron efectos adversos, siendo estos edema facial transitorio en 5 pacientes (45,5%) y dolor durante el procedimiento en 3 sujetos (27%).

**Conclusiones.** El láser alejandrita de picosegundos es una buena alternativa terapéutica para el manejo de nevus de Ota. Se requieren estudios comparativos con otros tipos de láser para determinar la mejor opción terapéutica en estos pacientes.

## P62. TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DEL FENÓMENO DE RAYNAUD GRAVE

L. Bou Boluda, F. Millán Parrilla, V. Pont Sanjuan, M. Matellanes Palacios y E. Gimeno Carpio

*Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

**Introducción.** El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico acral caracterizado por cambios de coloración inducidos por el frío y el estrés. Actualmente, no existe un tratamiento de elección para el FR grave. Las inyecciones de toxina botulínica A pueden ser una alternativa en casos graves y resistentes al tratamiento médico convencional.

**Caso 1.** Una mujer de 60 años, no fumadora, con antecedentes de artritis seropositiva, esclerodactilia, úlceras digitales, microstomía y FR de 12 años de evolución, fue diagnosticada de síndrome de solapamiento esclerodermia-artritis reumatoide. Los síntomas del FR estaban exacerbados por el frío, pero perduraban durante todo el año. A pesar del tratamiento diario con micofenolato de mofetilo 1500 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, nifedipino 30 mg, bosentan 125 mg y el cumplimiento estricto del estilo de vida recomendado, seguía experimentando nuevos episodios diarios que tenían un impacto importante en sus actividades diarias. Se planteó el tratamiento con toxina botulínica A, que consistió en inyecciones subcutáneas de 8 unidades (U) en cada espacio interdigital de ambas manos, cerca de las articulaciones metacarpofalángicas, así como 4 U en la cara externa del primer y quinto dedo (en total, 40 U en cada mano). El seguimiento después de un mes reveló una mejoría total de los síntomas con desaparición de las úlceras y del dolor. La respuesta se mantuvo durante 8 meses, motivo por el que se volvió a repetir la pauta.

**Caso 2.** Una mujer de 26 años, no fumadora, con FR primario grave de 5 años de evolución, sin respuesta a tratamiento con nifedipino 30 mg diarios, recibió el mismo tratamiento que en el caso 1, con mejoría total de la sintomatología.

**Discusión.** Las inyecciones de toxina botulínica se postulan como una alternativa eficaz y segura en los casos graves de FR resistentes al tratamiento médico. El mecanismo por el que la toxina botulínica mejora los episodios de vasoespamo es todavía desconocido, aunque parece ser que mejora la circulación periférica mediante el bloqueo de la liberación de acetilcolina y noradrenalina, además de bloquear diversos neurotransmisores implicados en el dolor. En ge-

neral, es una terapia bien tolerada, siendo la debilidad muscular el principal efecto secundario descrito. Presentamos 2 casos de FR grave, uno secundario y otro primario, tratados con toxina botulínica con muy buena respuesta y sin aparición de efectos adversos.

## P63. TRICOBLASTOMAS MÚLTIPLES FACIALES TRATADOS CON TERAPIA COMBINADA: SIROLIMUS EN CREMA Y LÁSER CO<sub>2</sub>

M. Medina Migueláñez D. Revilla Nebreda, L. Puebla Tornero, C. Román Curto y A. Conde Ferreirós

*Departamento de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El tricoblastoma (TB) es una neoplasia epitelial benigna con diferenciación folicular que cursa con pápulas firmes, no ulceradas, de color piel, localizadas en región facial y tronco superior. Si se hallan TB múltiples, se debe considerar la posibilidad de un síndrome de TB múltiples familiares, una variante fenotípica del síndrome de Brooke-Spiegler. En estos pacientes, se recomienda seguimiento clínico ya que pueden desarrollar progresivamente lesiones desfigurantes. Entre las estrategias de tratamiento de los TB faciales se encuentran el curetaje, la cirugía o la crioterapia, que pueden exhibir pobres resultados cosméticos. Describimos a una paciente de 10 años con múltiples TB faciales en la que hemos realizado tratamiento combinado con sirolimus al 1% en crema y láser CO<sub>2</sub>.

**Métodos y resultados.** Niña de 10 años diagnosticada de TB múltiples familiares con numerosas lesiones cutáneas faciales en la que se planteó tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. Tras aplicación de lidocaína al 4% en crema, se realizó tratamiento con láser de CO<sub>2</sub> de 10600 nm (Lumenis AcuPulse DUO -Lumenis, Yokneam, Israel-). Se empleó el modo superpulsado y una densidad de potencia de 0,5-2 W/cm<sup>2</sup> consiguiendo eliminar la epidermis y el material neoplásico ubicado en la dermis. Después de este pase, los detritus se retiraron con una gasa empapada en solución salina, dejando al descubierto la dermis superficial. Después del tratamiento, se aplicó mupirocina al 2% en pomada y se recomendaron los mismos cuidados diarios durante dos semanas. Tras epitelizar de forma completa, se recomendó tratamiento con sirolimus al 1% en crema de forma diaria. La paciente continúa desarrollando lesiones faciales por lo que se realiza tratamiento con láser CO<sub>2</sub> cada 6 meses. El aspecto cosmético fue bueno y la paciente se ha mostrado satisfecha con el resultado.

**Conclusión.** El tratamiento combinado de sirolimus al 1% en crema y láser CO<sub>2</sub> se ha mostrado como un tratamiento efectivo que en nuestro caso ha conseguido controlar las lesiones faciales con muy buena tolerancia y resultado cosmético.

## P64. LUPUS CUTÁNEO SUBAGUDO INDUCIDO POR CAPECITABINA

V. Velasco Tamariz<sup>a</sup>, J. Montero Menárguez<sup>a</sup>, M. Puerta Peña<sup>a</sup>, J.L. Rodríguez Peralto<sup>b</sup> y P. Luis Ortiz Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 83 años, en tratamiento con capecitabina oral en monoterapia por adenocarcinoma de recto. Un mes tras el inicio del fármaco, consultó por la aparición de lesiones cutáneas en áreas fotoexpuestas que habían aparecido progresivamente en las tres semanas previas. En la exploración física, presentaba múltiples placas eritematodescamativas anulares en cara, escote, dorso de manos y vértex. La dermatoscopia mostró vasos arboriformes delgados, puntos amarillos, escamas blancas y eritema. Se realizó microscopia confocal, visualizándose atrofia a nivel epidérmico, borramiento de

la unión dermoepidérmica junto con numerosas células inflamatorias, siendo compatible con una dermatitis de interfase. La histología reveló un denso infiltrado linfocitario perivascular superficial afectando a epidermis y folículos pilosos produciendo degeneración vacuolar, con abundantes células CD123 positivas. Analíticamente se objetivó anti-Ro/SSA positivo. Los hallazgos clínicos, histológicos y de laboratorio fueron compatibles con el diagnóstico de lupus eritematoso cutáneo subagudo, y la capecitabina fue considerada el fármaco causal. Las lesiones respondieron de forma muy rápida al tratamiento con corticoide tópico.

**Discusión.** El lupus cutáneo inducido por fármacos es una entidad ampliamente descrita aunque su patogenia continúa en estudio. Las manifestaciones cutáneas incluyen: lupus cutáneo agudo, subagudo y crónico. Numerosos fármacos se han relacionado con erupciones cutáneas lupus-like, entre ellos, agentes quimioterápicos. La capecitabina es un profármaco del 5-fluoracilo, aprobado para el tratamiento vía oral del cáncer de mama y de recto. La mayoría de los casos descritos de lupus cutáneo inducido por capecitabina se corresponden con lupus eritematoso cutáneo subagudo y son refractarios a tratamiento habitual, respondiendo únicamente a la suspensión del fármaco. Sin embargo, nuestra paciente presentó una excelente respuesta a tratamiento únicamente tópico. El uso creciente de capecitabina en diferentes tipos de cáncer hace necesario el reconocimiento precoz de este efecto secundario.

#### P65. ERITEMA FACIAL INDUCIDO POR DUPILUMAB: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

D. de Perosanz Lobo<sup>a</sup>, P. Burgos Blasco<sup>b</sup>,  
E. Sánchez Gómez-Aparici<sup>a</sup>, L. Pericet Fernández<sup>a</sup>  
y L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. <sup>b</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Antecedentes.** El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la actividad de IL4 e IL13, suprimiendo la respuesta inmunitaria Th2, y es el primer fármaco biológico aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA). Pese a que es, en general, bien tolerado, se han descrito numerosos casos de eritema facial inducidos por este fármaco, cuya etiopatogenia no está totalmente aclarada.

**Caso clínico.** Mujer de 39 años con DA desde la infancia, en tratamiento con dupilumab 300 mg cada 2 semanas con mejoría marcada. A la semana 24 de tratamiento refiere empeoramiento de las lesiones a nivel facial, observándose placas eritematodescarnativas bien delimitadas, asintomáticas, y definidas por la paciente como "diferentes a su dermatitis habitual". Se pautaron diferentes tratamientos sin éxito, incluyendo corticoides tópicos, ivermectina tópica e itraconazol oral. Se realizó una biopsia que demostró una dermatitis psoriasiforme con paraqueratosis y acantosis, sin presencia de espongiosis. Con la sospecha de psoriasis inducida por dupilumab, se pautó tratamiento con tacrolimus tópico y metotrexato 2,5 mg/semana. Un mes después las lesiones faciales habían remitido.

**Discusión.** Existen varias hipótesis para explicar el eritema facial inducido por dupilumab. Uno de los factores más frecuentemente implicados es la proliferación de *Malassezia* por la activación de la vía Th17, lo que explicaría la buena respuesta al itraconazol oral en algunos casos. También se ha descrito el desarrollo de dermatitis de contacto alérgica, debido al predominio de respuesta Th1 al bloquearse la respuesta Th2. Esto mismo explica por qué enfermedades como la psoriasis, la alopecia areata, etc., pueden empeorar o aparecer de novo durante este tratamiento. A pesar de haber sido extensamente descrita, no existen casos de psoriasis inducida por dupilumab con localización facial exclusiva. No obstante, a menudo el eritema facial inducido por dupilumab cursa con lesiones que presentan una clínica y una histología psoriasiforme, por lo que su frecuencia podría estar infraestimada.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de eritema facial por dupilumab con una buena respuesta al tratamiento con tacrolimus tópico y metotrexato a dosis bajas. La psoriasis facial, pese a tratarse de una localización atípica, debe considerarse en el contexto de eritema facial inducido por dupilumab.

#### P66. PAQUIONIQUIA CONGÉNITA CON EXCELENTE RESPUESTA A DOSIS BAJAS DE ACITRETINO

H. Perandones González, C. Prada García, P. Sánchez Sambucety,  
R. Linares Navarro, V. Onecha Vallejo y M.Á. Rodríguez Prieto

*Complejo Asistencial Universitario de León. España.*

Presentamos el caso de un varón de 72 años con diagnóstico de paroniquia congénita con mutación patogénica tipo missense en el gen KRT6B. El paciente refería lesiones desde la infancia de tipo queratodermia palmoplantar, quistes epidérmicos y paroniquia. Aportamos historia familiar de 8 generaciones del paciente, contando con varios casos en la familia. El paciente ha recibido varios tratamientos con emolientes y queratolíticos tópicos con escasa mejoría. A la exploración se observa en las plantas placas hiperqueratósicas amarillentas de aspecto verrucoso y paquioniquia. Iniciamos tratamiento con acitretino oral 25 mg diarios. A los 3 meses el paciente presenta una evolución favorable con gran mejoría del dolor. Continuamos el tratamiento con acitretino 20 mg diarios, logrando mantener la mejoría y la calidad de vida del paciente. La paquioniquia congénita es un grupo de genodermatosis autosómicas dominantes causadas por mutaciones en uno de los 5 genes de la queratina (KRT6A, KRT6B, KRT6C, KRT16 o KRT17). Las principales características clínicas son distrofia ungueal, queratodermia palmoplantar dolorosa, leucoqueratosis oral y quistes. Esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y no dispone de un tratamiento curativo. Se han usado humectantes como la urea y queratolíticos tópicos como el ácido salicílico, ácido láctico o retinoides tópicos con limitada eficacia. Isotretinoína, etretinato y acetretinato han demostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad en un pequeño número de casos. Otras terapias incluyen rapamicina tanto tópica como oral, toxina botulínica y rosuvastatina.