



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXXIII Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET)

Cádiz, 10/12 de noviembre de 2022

Pósteres

P03. LIQUEN ESCLEROSO TRATADO CON TERAPIA FOTODINÁMICA VEHICULIZADO CON LÁSER DE CO2 ABLATIVO FRACCIONADO: UNA BUENA ALTERNATIVA EN CASOS REFRACTARIOS

C.E. Morales-Múnera y O. Yelamos Pena

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción. El liquen escleroso (LE) es una alteración inflamatoria, crónica y cicatricial de la piel anogenital y menos frecuentemente extragenital. Se caracteriza por intenso picor, dolor variable, disuria, dispareunia y disfunción sexual afectando más frecuentemente a mujeres (3:1). Tradicionalmente, el LE se ha tratado con corticosteroides de elevada potencia y/o inhibidores de calcineurina con resultados variables. Un número no despreciable de pacientes no obtienen mejoría con el abordaje tópico por lo que requieren asociación con tratamientos sistémicos o procedimientos mínimamente invasivos como la terapia fotodinámica o el láser de CO₂, sin haber consenso en la utilización de estos últimos.

Objetivo. Presentamos 4 pacientes con LE tratados satisfactoriamente con terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico vehiculado con láser CO₂ ablativo fraccionado.

Métodos. Previa anestesia tópica con Emla se realizó 1 pase de láser CO₂ ablativo fraccionado Fraxis by Ilooda 35mJ 2% densidad en las 4 pacientes; posteriormente se aplicó ácido 5 aminolevulínico (Ameluz, Biofrontera Bioscience) 1 g por cada 5 cm de afectación cutánea con incubación en oclusión de 90 min, y para finalizar se realizó exposición a lámpara de terapia fotodinámica de 630nm dosis total 37J/cm (BF-RhodoLED, Biofrontera) durante 10-20 minutos. En aquellos pacientes que necesitaron una segunda sesión, esta se realizó a las 6 semanas de la primera.

Resultados. Se incluyeron 4 mujeres con una media de edad de 54 años (45-73 años), con 6 lesiones cutáneas clínica e histopatológicamente de LE. Todas las lesiones habían sido tratadas previamente con corticosteroides de elevada potencia e inhibidores de calci-

neurina sin mejoría clínica. En 3 lesiones se realizaron 2 sesiones y el resto 1 sesión. La mejoría clínica en todas las lesiones fue mayor del 75%, con resolución completa 100% en 4 de ellas. Con una satisfacción global mayor del 80%. En el seguimiento medio a 3 meses (rango 3-18 meses) no se ha identificado empeoramiento en ninguna de las pacientes.

Conclusiones. Nuestros resultados sugieren que la terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico vehiculado con láser de CO₂ ablativo fraccionado es una opción terapéutica válida en aquellos pacientes con LE que han fracasado al tratamiento tópico convencional.

P04. APREMILAST COMO TRATAMIENTO DE PSORIASIS PALMOPLANTAR: ESTUDIO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

E.L. Pinto Pulido, M. González Cañete, E. García Verdú, I. Polo Rodríguez, A.B. Piteiro Bermejo, S. Medina Montalvo y L. Trasobares Marugán

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

Introducción y objetivo. La psoriasis palmoplantar es una forma de psoriasis con importante repercusión en la calidad de vida de los pacientes. La evidencia disponible actualmente no permite establecer claras recomendaciones terapéuticas estándares. El objetivo de este estudio es analizar el uso de apremilast como tratamiento de estos pacientes en práctica clínica.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con psoriasis palmoplantar tratados con apremilast entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de julio de 2021 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Se utilizó el test estadístico de Wilcoxon para comparar el Palmoplantar Psoriasis Physician Global Assessment (PPPGA) pretratamiento con el obtenido a los 6 y 12 meses de inicio de apremilast.

Resultados. Se incluyeron un total de 27 pacientes, 8 de ellos (29,6%) con pustulosis palmoplantar. La media de edad fue de 52,1 años (DS 14,4), con un 85,2% de mujeres. El 55,6% de los pacientes había recibido tratamiento sistémico previo pero solo uno (3,7%)

biológico. Como comorbilidades 8 (29,6%) padecían enfermedad cardiovascular, 4 (14,8%) artritis psoriásica, 3 (11,1%) enfermedad oncológica y 3 enfermedad renal crónica. La media de PPPGA (valorado de 0 a 4) previo al inicio de apremilast fue de 3,11, teniendo 26 pacientes (96,3%) afectación moderada o grave (PPPGA \geq 3). Tras 6 meses de tratamiento la media de PPPGA fue de 1,22 ($p < 0,001$) con un 60,9% (14/23) de pacientes con mínima o nula afectación (PPGA \leq 1). A los 12 meses la media de PPPGA fue de 0,91 ($p < 0,001$) con un 81,8% (18/22) con PPGA \leq 1. Esta disminución en el PPPGA también se observó analizando los pacientes con psoriasis palmoplantar en dos grupos en función de la presencia de pústulas: el PPGA medio en pustulosis palmoplantar descendió desde 2,88 pretratamiento a 1,25/1,00 a los 6/12 meses de apremilast ($p = 0,010$ y $0,011$) y en las formas no pustulosas desde 3,21 a 1,07/0,86 ($p = 0,001$ en ambos). Previo a alcanzar 6 meses de tratamiento 4 pacientes (14,8%) suspendieron apremilast por efectos adversos digestivos. Otro paciente lo suspendió a los 11 meses por falta de eficacia y efecto adverso.

Conclusiones. Estos datos sitúan apremilast como una buena opción de tratamiento eficaz para la psoriasis palmoplantar, incluyendo formas pustulosas. Se requieren futuros estudios prospectivos, con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

P05. EDEMA PALPEBRAL CRÓNICO TRAS INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO

C. Ciudad Blanco, A. Cándida Villanueva Álvarez-Santullano y R. Suárez Fernández

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

Introducción. El edema palpebral crónico tras infiltración de ácido hialurónico en el área del párpado inferior es una complicación infrecuente pero progresiva y desfigurante. Suele aparecer de forma tardía meses o años después de la infiltración y no se conocen los mecanismos implicados en su desarrollo. La actitud antes estos casos ha sido la observación, la infiltración de hialuronidasa, la cirugía para eliminar el material de relleno e incluso la combinación de hialuronidasa y nueva infiltración precoz de ácido hialurónico.

Métodos. Se presenta el caso de una paciente de 68 años que refería aparición de edema palpebral de 6 meses de evolución. Como antecedentes, relataba la infiltración de un relleno de ácido hialurónico 30 meses antes de la aparición del edema. No refería ninguna enfermedad relevante ni realizaba ningún tratamiento. Se descartó enfermedad tiroidea, renal o cardíaca.

Resultados. Oftalmología realizó una cirugía intentando extirpar el material de relleno con mejoría parcial, pero recidiva del edema al mes de la cirugía. Ante la sospecha de edema crónico palpebral por infiltración de ácido hialurónico, se inyectó hialuronidasa (90 UI repartidas en 3 puntos en el párpado inferior). A las 48 horas el edema se había resuelto por completo y tras un año de seguimiento no ha vuelto a recidivar.

Conclusiones. El edema crónico palpebral es una complicación del uso del ácido hialurónico de causa idiopática. Puede ser muy desfigurante, con empeoramiento progresivo y poca tendencia a la autorresolución. El tratamiento que ofrece mejores resultados es la infiltración de hialuronidasa, con respuesta casi completa a las 48-72 horas. En casos de laxitud o remanente de piel, puede plantearse una cirugía posterior para reducir el exceso de piel. Recientemente se han publicado los resultados de 48 pacientes con edema palpebral crónico tras infiltración de ácido hialurónico, a los que se les administró hialuronidasa y a los 15 días una nueva infiltración de ácido hialurónico, sin datos de recidiva de edema crónico posterior. Sin embargo, los datos de seguimiento no son a largo plazo y habrá que ser cautos aún con la nueva administración de ácido hialurónico, pues es una complicación que puede aparecer años después.

P06. APOSITOS HIDROCOLOIDES: ¿ÚTILES EN LA DERMATITIS DEL PAÑAL GRAVE?

A. Giacaman, A. Llull Ramos, I. Gracia-Darder, M. Mir Bonafé, J. Garcías-Ladaria y A. Martín-Santiago

Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Introducción. La dermatitis del pañal (DP) es muy frecuente, y suele responder a medidas de higiene y tratamientos tópicos, sin embargo en ocasiones puede ser un desafío terapéutico. La exposición continua a las deposiciones y a la orina, pueden provocar extensas erosiones en la piel y mucho dolor.

Caso. Lactante de 18 meses con antecedentes de malformación anorrectal e incontinencia anal, que acudió a consulta por una DP extensa, con erosiones y úlceras, en el área perianal. Le provocaban el llanto al defecar u orinar. Las heridas persistían a pesar de usar los tratamientos convencionales para la DP. Debido a la similitud de las lesiones de nuestra paciente con las erosiones de periestomía en la piel de los pacientes con colostomías, adaptamos los productos utilizados en esos casos, al área del pañal de nuestra paciente. Después de lavar la zona con agua y jabón, secamos suavemente con una toalla. Aplicamos polvos para ostomía en la superficie, le pedimos a uno de los padres que soplara suavemente la superficie, para eliminar el exceso de producto. Recortamos el apósito hidrocoloide extrafino en cuadrados, para lograr una mejor adherencia a la piel y así cubrir toda la superficie afectada. El mismo procedimiento se realizó una vez al día o si el apósito se desprendía.

Resultados. El alivio del dolor fue rápido, comenzando a los pocos días de usar los apósitos. La lesión curó completamente tras un mes de realizar las curas en casa. El uso de los apósitos se mantuvo durante varios meses sin efectos adversos, en espera del tratamiento quirúrgico definitivo de la malformación anorrectal.

Discusión y conclusiones. Los polvos para ostomía contienen componentes hidrocoloides como pectina, gelatina y carboximetilcelulosa sódica, con un pH entre 4.5 y 6.0. Absorben la humedad de la superficie, formando un gel que permite una mejor adhesión y retirada del apósito hidrocoloide sobre la piel afecta. Los apósitos hidrocoloides están fácilmente disponibles en el mercado, y se encuentran financiados por la Seguridad Social. Proponemos que el uso de polvos de ostomía y los apósitos hidrocoloides, son una herramienta útil para mantener aislada la piel del área perianal, de la irritación provocada por las deposiciones y la orina, permitiendo la cura de las heridas y la mejoría de la DP. Además se trata de una técnica fácil de aprender y de utilizar en casa.

P07. EFICACIA “ANTIAGING” E HIDRATANTE DE UNA GAMA DE PRODUCTOS DESTINADOS AL CUIDADO FACIAL DE ERITROSIS, CUPEROSIS Y/O ROSÁCEA SUBTIPO I

J. del Pozo Losada^a, L. Conte Visús^b, M. Trabacchi^b, N. Hernández Maldonado^b, N. Serra-Baldrich^b y A. Marín de Pablo^b

^aCentro Médico Salud Galicia. A Coruña. ^bLETI Pharma, S.L.U., España.

Introducción. La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que aparece fundamentalmente en el área facial. Estos pacientes están tipificados dentro de piel sensible, por lo que deben utilizar el mínimo de productos para el cuidado diario. La piel necesita hidratación, y a partir de los 35 años, se requiere un cuidado “antiaging” que podría estar incluido en algunos productos de tratamiento de la rosácea.

Objetivo. Evaluación de la eficacia hidratante, “antiaging” y tolerancia de una pauta con una gama de productos de cuidado facial con eficacia demostrada para la eritrosis, cuperosis y/o rosácea subtipo I. **Método.** Veinte mujeres entre 30-70 años con signos clínicos de eritrosis, cuperosis y/o rosácea subtipo I en la zona facial y con arrugas en la zona periocular. El día 0 se evaluó la hidratación cu-

tánea (corneometría), rugosidad (Primos Pico Optical 3D) y tolerancia en el área ocular y periocular. Posteriormente, se aplicó la crema color (día 0) y a los 30 min. se evaluó la hidratación (efecto inmediato). Durante los 30 días siguientes las voluntarias utilizaron una gama de productos de cuidado facial para la rosácea: agua micelar mañana y noche para la higiene diaria, crema antirrojeces con color por la mañana y crema antirrojeces sin color por la noche. A día 30 se evaluó de nuevo la hidratación cutánea, la rugosidad y la tolerancia. A las 24h de la última aplicación de la crema color (día 31) se evaluó de nuevo la hidratación (“long lasting effect”).

Resultados y conclusiones. Las mediciones instrumentales al inicio y al final del estudio, mostraron mejoras estadísticamente significativas en los valores de hidratación 30 min. después de la primera aplicación de la crema color (8,7%; en el 100% de voluntarias), después de 30 días de tratamiento con la gama de productos (13,5%; en el 100% de voluntarias) y 24 h después de la última aplicación de la crema color (5,1%; en el 90% de voluntarias). Además, 30 días después del tratamiento con la gama de productos, se evidenciaron mejoras estadísticamente significativas de la rugosidad (media [Sa]: -15,8%; en el 90% de voluntarias y máxima [Sz]: -22%; en el 100% de voluntarias). Se demuestra un efecto hidratante, “anti-aging” y buena tolerancia, por lo que puede considerarse como un tratamiento diario completo para la piel sensible con rojeces.

P09. PAUTA SECUENCIAL INTRALESIONAL DE CORTICOIDES DEPOT EN MUCOSAS. APLICACIONES EN ENFERMEDADES GRANULOMATOSAS

J.J. Parra García, M. Segado Sánchez, J. Román Gómez, F.J. Martínez Ortega, D. López Martínez, A. López Mateos, E. García Martínez, M. Lova Navarro, A.M. Victoria Martínez, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J.F. Frías Iniesta y P. Sánchez-Pedreño Guillén

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción. Las enfermedades inflamatorias con componente granulomatoso producen afectación de mucosas, entre la que se incluye la labial. Entre ellas se incluyen el síndrome de Melkersson-Rosenthal (edema orofacial recurrente, lengua geográfica y parálisis facial recidivante, siendo más frecuentes las formas incompletas), la enfermedad de Crohn con afectación extraintestinal o la sarcoidosis. Las opciones terapéuticas, sistémicas o locales, se dirigen al control sintomático.

Objetivo. Mostrar la experiencia en el uso de terapia corticoidea intralesional depot en la mucosa labial de 2 pacientes, una afecta de síndrome de Melkersson-Rosenthal y otra con enfermedad de Crohn metastásica.

Métodos. Se exponen los tratamientos de cada paciente antes de la administración local de corticoides, así como la respuesta tras los mismos.

Caso clínico. Mujer de 42 años diagnosticada de síndrome de Melkersson-Rosenthal (edema orofacial, parálisis facial y lengua geográfica), remitida por fisuración y edema recurrente de labios, biopsia con hallazgos compatibles con queilitis granulomatosa. Mal control con doxiciclina y sulfona orales, corticodependencia oral para los brotes.

Mujer de 24 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn, control de componente intestinal con corticoide oral, mesalacina y metronidazol. Sin control de queilitis granulomatosa, además presenta edema genital que mejora parcialmente con metronidazol. En ambos casos tras una revisión de bibliografía se decide realizar infiltración de labios con acetónido de triamcinolona 1 vez en semana 3 semanas seguidas.

Resultados. La primera paciente consigue mejoría de la clínica labial durante un año, tras un brote y nueva administración de pauta depot, se consigue un control de 4 años.

La segunda paciente mejora en poco tiempo tras la infiltración, probándose también la misma pauta en labios mayores. Escaso tiempo de seguimiento, aún controlada.

Conclusiones. La infiltración de corticoides depot es un tratamiento a destacar en enfermedades granulomatosas con afectación cutáneo-mucosa. Puede ser utilizado en adyuvancia a otros tratamientos sistémicos e incluso como tratamiento único en caso de la granulomatosis orofacial.

P11. MANEJO TERAPÉUTICO EN ROSÁCEA NEUROGÉNICA: EMPLEO DE FÁRMACOS VASOACTIVOS

J.M. Morón Ocaña, Á. Navarro Gilabert, V. Linares López, M.B. Cívico Ruiz, M.L. Martínez Barranca e I.M. Coronel Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Introducción y objetivo. La rosácea es un trastorno crónico frecuente de la piel que afecta predominantemente al rostro, caracterizado por la aparición de rubor, edema facial, pápulas y pústulas. La rosácea se ha clasificado generalmente en 4 subtipos: eritemato-telangiectásica, papulopustulosa, ocular y fimatosa. En la actualidad se han descrito variantes adicionales como: granulomatosa, fulminans y neurogénica. En la rosácea neurogénica predominan los síntomas neuropsiquiátricos como migraña, disestesia, dolor punzante de la piel y quemazón, siendo frecuente la aparición de flushing, edema y/o telangiectasias durante los brotes de la enfermedad.

Casos clínicos. Presentamos a dos mujeres de 44 y 35 años con antecedentes de migraña y rosácea neurogénica de años de evolución con mal control y pérdida de calidad de vida. En la exploración se observaron pápulas y pústulas pequeñas sobre una piel eritemato-edematosa que afectaba a toda el área facial, generando sensación de ardor y tirantez. Tras descartar otras causas de flushing, se inició una rutina cosmética adecuada y tratamiento médico con isotretinoína 10 mg/24 h, carvedilol 6,25 mg/12 h y timolol tópico por las mañanas. En dos meses de seguimiento se consiguió control de los brotes de migrañas y de la rosácea neurogénica acompañante.

Discusión. A pesar de la evidencia científica, el manejo de la rosácea neurogénica suele carecer de igualdad de criterio en lo referente a su diagnóstico y tratamiento. Su patogenia parte de una disregulación neuronal provocada por una inestabilidad vasomotora. Neurolépticos y fármacos vasoactivos se han descrito en su tratamiento. El carvedilol, un fármaco α/β -bloqueante, es capaz de bloquear al receptor β_2 -adrenérgico arterial. Este bloqueo produce vasoconstricción en los vasos sanguíneos arteriales cutáneos reduciendo el eritema y la sensación de ardor en la piel. Además, los betabloqueantes se usan de forma clásica como tratamiento preventivo de la migraña. Son capaces de reducir la frecuencia y la severidad de la misma en un 60 a 80 % de los pacientes. Aunque aún queda mucho por investigar en esta área, los grupos de expertos apoyan la utilización de los betabloqueantes orales y tópicos como una opción válida de tratamiento “off label” en la rosácea neurogénica.

P12. TERAPIA FOTODINÁMICA, UN TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA PARAQUERATOSIS GRANULAR

M. Almenara-Blasco^a, P. Gil-Pallares^b, A. Navarro-Bielsa^a, T. Gracia-Cazaña^a e Y. Gilaberte^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. IIS Aragón. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol. España.

Introducción. La paraqueratosis granular (PG) es un trastorno poco común, se caracteriza por parches de color rojo parduzco y

pápulas o placas hiperqueratósicas que se encuentran en las flexuras. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado con cloruro de benzalconio, antitranspirantes, oclusión y disbiosis local. Las opciones terapéuticas son limitadas y poco efectivas. La terapia fotodinámica (TFD) podría ser una alternativa terapéutica para la PG.

Serie de casos. Se trató a 3 pacientes con PG de 7 meses a 2 años de evolución y que no habían respondido a tratamiento con calcipotriol/betametasona. Todos ellos con antecedentes de uso de desodorantes con cloruro de aluminio. Previo al tratamiento se realizó confirmación del diagnóstico con estudio anatomopatológico y se descartó sobreinfección bacteriana y fúngica con cultivos. La intervención consistió en la suspensión del uso del desodorante y una sesión de TFD. El protocolo fue aplicación de metilaminolevulinato seguido de 1,5 horas de incubación y posterior esquema de irradiación con LED rojo 630 nm 37,5 J/cm², con molestias leves soportables. Se observó una resolución completa dentro de las primeras dos semanas después de una sesión de TFD, dejando una leve hiperpigmentación residual.

Discusión. La PG es un trastorno reactivo de la queratinización tras un estímulo irritante por cloruro de benzalconio, uso de óxido de zinc tópico, desodorantes, antitranspirantes con cloruro de aluminio u oclusión. Aunque se ha descrito la resolución espontánea, la suspensión del agente irritante es clave para la resolución, y los queratolíticos como el ácido salicílico, la tretinoína, los inhibidores de la calcineurina y el calcipotriol también podrían ser útiles. La serie presentada muestra de 3 casos tratados con éxito con una sesión de TFD más la suspensión del desodorante, con resolución de las lesiones en una o dos semanas. No hemos encontrado otros ejemplos de paraqueratosis granular tratados con esta técnica. Creemos que la TFD no solo se dirigirá a la posible disbiosis local por sus efectos antimicrobianos, sino también a los queratinocitos con metabolismo o recambio aumentados por la posible etiología reactiva de la paraqueratosis.

Conclusiones. La TFD es un tratamiento rápido, seguro y efectivo para la PG en combinación con la suspensión de sustancias irritantes si las hubiera.

P13. USO DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Lukoviek^a, N. Merino de Paz^a, N. Hernández Hernández^a, M.E. Gaviño Ferrera^b, S. Castro Gruber^b y M. Fumero Arteaga^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Estética. ^cServicio de Psicología. Dermamedicina Clínicas. España.

Introducción. La fisura anal es la patología benigna más frecuente de esta área anatómica. El tratamiento clásico incluye medidas higiénico-dietéticas, laxantes, nitroglicerina tópica, cremas anestésicas tópicas, bloqueadores de los canales de calcio vía oral, toxina botulínica o cirugía. A pesar de ello, algunos casos no responden a estos tratamientos o recidivan tras la cirugía. El plasma rico en plaquetas (PRP) es una preparación autóloga de plasma con altas concentraciones de plaquetas (>1000000 plaquetas/μL), derivado de la sangre total del paciente. Las plaquetas actúan liberando factores de crecimiento, quimiocinas y citoquinas, que promueven la proliferación y diferenciación celular y por ello, su uso creciente en úlceras, cicatrices, alopecia, entre otras.

Caso clínico. Paciente remitido desde gigestivo por fisura anal crónica de difícil control en tratamiento crónico con laxantes que ya había sido intervenido por Cirugía Digestiva con recidiva posterior. Al examen físico destacaba irritación de la mucosa secundaria al uso prolongado de laxantes asociada a dolor intenso. Todo esto asociado a una mala calidad de vida con afectación importante de la esfera psicológica y sexual. Se decide manejo con gel de silicona

tópico diario y PRP siguiendo el protocolo habitual con tres sesiones. El paciente experimenta una notable mejoría desde la primera sesión de PRP, logrando suspender los laxantes tras la segunda sesión.

Discusión. Existen escasos estudios sobre el uso del PRP en el tratamiento de la fisura anal. Gökhan et al. reportaron en un ensayo clínico controlado y aleatorizado, una reducción de las molestias con aceleración de la cicatrización y resolución de las fisuras anales en el grupo tratado con una sola sesión de PRP. Blanco Amaro et al. realizaron un estudio con casos-controles prospectivo, concluyendo que el grupo tratado con PRP presentaba mejores resultados con un 92% de respuesta.

Conclusiones. Dado que el dermatólogo es el médico especialista en piel y mucosas, es frecuente recibir este tipo de pacientes. Por otro lado, al estar familiarizado con el PRP como tratamiento para otras patologías, se puede extrapolar su beneficio en esta afectación. Finalmente, el PRP es un tratamiento que nos ayudaría a establecer colaboraciones con otras especialidades, como Digestivo o Cirugía digestiva para un abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

P14. PSICOPATOLOGÍA EN MUJERES QUE BUSCAN PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS

E. González-Guerra^a, C. Martínez-González^b, A. Guerra-Tapia^a y R. Amaya Martínez-González^c

^aClínica Dermatológicas Guerra. ^bConsulta Privada. ^cCiencias de la Educación de la Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Introducción y objetivo. La demanda y oferta de intervenciones estéticas quirúrgicas y procedimientos estéticos mínimamente invasivos (PEMI) (toxina botulínica, rellenos dérmicos, hilos tensores, peelings, mesoterapia facial, LÁSER y/o IPL) están aumentando. Pretendemos conocer si los PEMI son demandados por pacientes que asocian trastornos psicopatológicos en su mayoría. El objetivo primario de nuestra investigación es conocer si los sujetos que son candidatos a PEMI tienen niveles significativamente más altos de problemas psiquiátricos que los sujetos control.

Método. Se recogieron datos de 258 mujeres (130 correspondían a usuarias de PEMI y 128 mujeres consultaban por motivos médicos) entre 18 y 75 años de edad (media 48,17 años) en 2 clínicas dermatológicas privadas de Madrid y una de Oviedo durante los meses de diciembre 2021 a marzo 2022. Los trastornos psicopatológicos en ambos grupos estaban diagnosticados previamente por un psicólogo/psiquiatra. Para el análisis estadístico se calcularon datos descriptivos de frecuencias y porcentajes y se realizaron pruebas de asociación entre variables a través de Chi cuadrado, calculando residuos estandarizados y el tamaño del efecto con medidas simétricas (Cramer's V). El estudio se realizó de acuerdo con las pautas descritas en la Declaración de Helsinki.

Resultados. Del total, el 22,9% de las pacientes tenía un trastorno psiquiátrico asociado, de los cuales, el 62,7% correspondía a mujeres usuarias de PEMI (40% ansiedad, 53% depresión, 3,3 psicosis y 3,3 alcoholismo) frente al 37,3% de las pertenecientes al grupo control (ansiedad 30,8%, depresión 46,2%, TOC 3,8%, psicosis 3,8%, alcoholismo 3,8%, trastorno bipolar 3,8%, trastorno dismórfico corporal 3,8%, TDAH 3,8%). En el análisis estadístico se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < .05$; $r_z > 1,96$; $V \text{ Cramer} = ,134$) entre padecer un trastorno psicopatológico y ser paciente de Dermatología Estética, con tamaño del efecto pequeño. Cuando se estudia la distribución global por edades se observa que la ansiedad es más prevalente en el grupo entre los 39 y los 59 años y la depresión es más prevalente a partir de los 59 años.

Conclusiones. Las mujeres solicitantes de PEMI tienen niveles significativamente más altos de problemas psiquiátricos que los sujetos control, dato importante para el resultado deseado.

P15. TIOSULFATO SÓDICO INTRALESIONAL Y TÓPICO COMO TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA CALCINOSIS CUTIS, SERIE DE SEIS CASOS

E. de Jesús García Verdú, M. González Cañete, E.L. Pinto Pulido, S. Medina Montalvo e I. Polo Rodríguez

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

Introducción y objetivo. El tiosulfato sódico (TSS) constituye una terapia prometedora mínimamente invasiva para la calcinosis cutis, una alteración crónica en el depósito cutáneo y subcutáneo de calcio. Presentamos una serie de casos comparando nuestra experiencia con la previamente descrita.

Métodos. Empleamos el sistema de gestión de farmacia hospitalaria para buscar aquellos pacientes tratados con TSS como uso compasivo en los últimos diez años, obteniendo seis resultados. Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo mediante la revisión retrospectiva de la historia clínica de seis pacientes caucásicos con diversos tipos de calcinosis cutis (dos metastásicas secundarias a enfermedad renal crónica terminal en tobillos; tres distróficas en contexto de enfermedades del tejido conectivo en región digital, inguinal, codos y muñeca; una en región intermamaria secundaria a radiodermatitis crónica). La edad media fue de $67 \pm 13,94$ años y había un 83,3% de mujeres. Se utilizó una pauta tópica aplicada dos veces al día de una fórmula magistral de TSS al 25% en óxido de zinc, excepto en tres de ellos, en donde se indicó base Beeler; se aplicó, para esclerosis sistémica, inyectado intralesionalmente 0,3 ml al 25% en calcinosis digital refractaria a tratamiento con TSS tópico, y 12,5 g en 50 ml al 50% la primera vez y al 70% las tres posteriores en codos y muñeca. El tiempo medio de tratamiento fue de $18,33 \pm 10,6$ meses.

Resultados. Independientemente de la indicación, se consiguió respuesta parcial en cuatro de seis pacientes. El tiempo medio para encontrar la primera respuesta fue de 11,5 meses aunque, intralesionalmente, se observaron resultados en una semana. Se logró la remisión completa de un único caso con aplicación tópica en seis meses. Se registró dolor a la inyección en todos los casos y un evento de irritación local en paciente con prueba alérgica de contacto positiva para sulfato de níquel.

Conclusiones. Los hallazgos en nuestros pacientes apoyan los resultados descritos en otras series de casos en cuanto al buen balance riesgo-beneficio del TSS como tratamiento adyuvante para la calcinosis cutis. No obstante, se necesitan estudios con grupo control para comprobar estas conclusiones clínicas.

P17. EFECTOS A CORTO PLAZO DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA MEDIADA POR AZUL DE METILENO VS. METIL-AMINOLEVULINATO EN ONICOMICOSIS LIGERA-MODERADA

E. Alberdi Jerónimo^a y C. Gómez Hernández^b

Consulta Médica Privada Dr. Alberdi. ^bInstituto de Química Física Rocasolano. CSIC. España.

Introducción y objetivo. La terapia fotodinámica (TFD) se puede considerar una terapia alternativa importante en el tratamiento de la onicomicosis. El impacto de un fotosensibilizador específico en el resultado final es un factor que debe ser considerado. El objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia a corto plazo de la TFD mediada por dos FSs diferentes (azul de metileno [AM] y metil-aminolevulinato [MAL]) en el tratamiento de onicomicosis ligera-moderada.

Métodos. Tras confirmarse la presencia de onicomicosis en la uña del primer dedo del pie (mediante cultivo microbiológico y análisis histológico), se reclutaron 20 pacientes que fueron distribuidos de manera aleatoria en dos grupos: Grupo I 10 pacientes tratados con AM/TFD y Grupo II 10 pacientes tratados con MAL/TFD. Todos los pacientes recibieron 9 sesiones de TFD 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. En el periodo evaluado, se observó un descenso significativo en los valores del Índice de Severidad de la Onicomicosis (ISO): desde $12,1 \pm 5,4$ hasta $2,6 \pm 1,9$ (Grupo I) y desde $14,8 \pm 6,0$ hasta $9,2 \pm 5,1$ (Grupo II). El porcentaje de afectación también descendió de manera significativa en ambos grupos: desde $37,5 \pm 20,4$ hasta $11,0 \pm 7,7$ (Grupo I) y desde $33,0 \pm 18,4$ hasta $19,0 \pm 9,7$ (Grupo II) e incluso, un 20 % de los pacientes del Grupo I consiguieron una cura completa. En ambos grupos se observó mejoría sin aparición de efectos secundarios y con un grado de satisfacción bastante bueno por parte de los pacientes.

Conclusiones. Aunque ambas modalidades fueron seguras y efectivas en el tratamiento de onicomicosis ligera-moderada, AM/TFD mostró una tasa de curación mayor en el corto plazo evaluado.

P18. LA SALIDA LABORAL TRAS LA RESIDENCIA, ¿QUÉ FUTURO DEPARA A LA DERMATOLOGÍA EN ESPAÑA?

M. Ballesteros Redondo^a, D. Revilla Nebreda^b, A. Martorell Calatayud^c, L. Fernández Domper^a, J. García Gavín^d y S. Carrasco Sánchez^e

Servicio de Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario de Valencia. ^bComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^cHospital de Manises. Valencia, ^dClinica Gavín Dermatólogos. Vigo. Pontevedra. ^eClinica Dra. Sara Carrasco. Dermatología integral. Bilbao. Vizcaya. España.

El mundo está cambiando continuamente, y la dermatología no iba a ser menos. ¿Presente o futuro? Veremos, pues el futuro de la especialidad es emocionante y cuenta cada día con diferentes alternativas y propuestas de futuro pendientes de su desarrollo.

Es un hecho fehaciente que los dermatólogos cada vez abarcamos más campos, incorporando a nuestra práctica clínica distintos procedimientos y técnicas que han enriquecido aún más esta rama de la medicina. ¿Pero qué nos encontramos en el ámbito profesional? El escenario actual podríamos resumirlo de esta forma: una Sanidad Pública que cuenta con una demanda asistencial creciente y que continúa ofreciendo contratos precarios a sus trabajadores, mientras que por otro lado las clínicas y los grandes grupos hospitalarios privados siguen creciendo y ofrecen en su arsenal todo tipo de tecnología y medios para desarrollar una dermatología integral, mejor remunerada y con mejores condiciones para la conciliación familiar. Por ello, y con la posibilidad de subspecialización "casi infinita" en la especialidad, resulta una decisión complicada para los residentes o adjuntos jóvenes tomar una decisión acerca de su futuro profesional.

Para conocer las inquietudes y el futuro laboral que se plantean los residentes que pertenecen a la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV), se realizó una encuesta online en la que participaron 183 personas de un total de 380, es decir, respondieron el 48,15% de los MIR de dermatología en España.

Presentaremos los datos desglosados en 3 subgrupos: Sanidad Pública, Sanidad Privada y combinación de ambas, mostrando las diferentes ideas que tienen los residentes sobre su futura subspecialización, su dedicación a la docencia, o el porcentaje de su jornada laboral que querrían trabajar en cada sector. El 84% de los residentes les gustaría desempeñar una actividad combinada entre la sanidad pública y privada. Respecto a la subspecialización, se obtuvo diferencia entre los subgrupos: el perfil autoinmune y la oncología fueron las áreas más demandadas en el grupo de sanidad pública, siendo la dermatología estética y tricología las de mayor interés en el sector privado. De esta forma, este trabajo pone al descubierto posibles necesidades, inquietudes y futuras líneas de actuación sobre las que trabajar que harán que la especialidad siga creciendo, cambiando, y enriqueciéndose.

P19. TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS CON TERAPIA FOTODINÁMICA DE LUZ DE DÍA REALIZADA POR EL PROPIO PACIENTE

L. Bernal Masferrer^a, M.F. García Gil^b, P.A. Cerro Muñoz^b, A. Navarro Bielsa^a, M. Almenara Blasco^a, M.C. Matei^a, T. Gracia Cazaña^a e Y. Gilaberte Calzada^a

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. ^bHospital Obispo Polanco. Teruel. España.

Introducción y objetivo. Las queratosis actínicas son el diagnóstico más frecuente en las consultas de dermatología en España, su importancia radica en la potencial evolución a carcinoma de células escamosas. Dentro de los posibles tratamientos de esta patología, encontramos la terapia fotodinámica de luz de día (TFDLD), actualmente de uso hospitalario y realizado por personal entrenado. El presente estudio tiene como objetivo valorar la efectividad y seguridad de este tratamiento realizado de forma ambulatoria por el paciente.

Material y métodos. Estudio observacional y prospectivo abierto llevado a cabo entre septiembre de 2019 y diciembre de 2021 en pacientes con al menos 5 queratosis actínicas en un campo de cancerización. Los pacientes debían aplicar una crema de urea al 30% la semana previa a la TFDLD consistente en la aplicación de metilaminolevulinato (MAL) 160 mg/g, incubar 30 minutos y salir al exterior durante 2 horas, lavando finalmente la zona tratada para eliminar el producto. Los pacientes fueron seguidos a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados. Un total de 22 pacientes fueron incluidos en este estudio, 19 hombres (90,5%) y 2 mujeres (9,5%). La media del número de lesiones por paciente fue de 12,5 y sus localizaciones: 8 en la cara, 8 en cuero cabelludo y 6 en ambas localizaciones. En 17 casos la TFDLD fue llevada a cabo en un día soleado mientras que en 4 casos el tiempo fue parcialmente nublado. El 86,36% realizaron 2 sesiones de TFDLD a lo largo del seguimiento y el resto 1. La respuesta completa por lesión a los 3 meses fue de 47,7%, a los 6 meses 62,8% y a los 12 meses 65,9%. Al final del estudio, hubo una respuesta completa del 65,9% de las queratosis actínicas y además hubo un descenso estadísticamente significativo en el grado de Olsen de las lesiones así como del AKASI (Inicial 4,99 [DE 2,43] final 2,33 [DE 1.01] $p < 0,001$). No hubo efectos adversos significativos. El porcentaje de pacientes satisfechos con las instrucciones fue de 90,9% y con el tratamiento 70,29%.

Conclusiones. La TFDLD con MAL administrada por el propio paciente es una técnica efectiva y segura que puede ser de gran utilidad en casos en los que es necesario realizar un tratamiento de forma periódica, permitiendo adaptar el mismo a las necesidades del paciente y convirtiéndolo en una terapia tópica más.

P20. MINOXIDIL TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA POR ALBENDAZOL, PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Menéndez Sánchez, A. Muñiz de Lucas, G. Greta Dradi, D. de la Vega Ruiz, J. Simon Griffiths Acha, E. García Zamora, E. Naz Villalba y J.L. López Esteban

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción. El efluvio anágeno (EA) es un tipo de alopecia no cicatricial que, con frecuencia, es reactiva a un fármaco o tóxico cuya exposición se ha producido durante los 14 días previos. Se han descrito pocos casos de EA asociados al albendazol, un antiparasitario ampliamente utilizado y con un perfil de seguridad bastante inocuo.

Caso clínico. Mujer de 66 años que, a los 7-8 días del inicio de tratamiento con albendazol, en contexto de una hidatidosis hepática, comenzó con clínica de epigastralgia, diarrea y una alopecia casi

completa del cuero cabelludo. Al mes de tratamiento, la paciente ingresó por neutropenia febril, suspendiéndose el medicamento. La alopecia mostraba pilotracción positiva y ausencia de pelos peládicos en la tricoscopia, con algún pelo en pig-tail. El cuadro sugería un EA y se inició tratamiento con minoxidil al 5% tópico con mejoría de la alopecia a las pocas semanas, recuperando a los 3 meses la densidad capilar de forma completa.

Discusión. En la literatura se han descrito pocos casos de alopecia secundaria al empleo de albendazol, un fármaco cuyos eventos adversos (EEAA) más frecuentes son bastante benignos (náuseas, dolor abdominal, elevación de transaminasas...). La alopecia suele presentarse en forma de efluvio telógeno, en relación con el empleo, a dosis altas o durante largos períodos, del fármaco. Con menor frecuencia, la caída del cabello aparece con dosis bajas de albendazol o a los pocos días del inicio del tratamiento, como ocurre en el caso descrito, produciéndose un EA. Estos casos suelen asociar otros EEAA como citopenia o hepatotoxicidad. Es importante el diagnóstico diferencial con otras alopecias no cicatriciales como la alopecia areata difusa (pelos en exclamación y puntos amarillos en la tricoscopia e infiltrado linfocitario perifolicular en la histopatología), la androgénica (pelos de diferente grosor) y el efluvio telógeno (15-25% de pelos en telógeno del tricograma). No se han descrito casos de irreversibilidad y la recuperación del vello se produce de forma espontánea al suspender el medicamento. El minoxidil tópico permite acelerar este proceso con buenos resultados reduciendo la ansiedad que puede provocar la patología.

Conclusiones. Presentamos un caso de efluvio anágeno, un efecto adverso no tan conocido del albendazol y destacamos la utilidad del minoxidil tópico en la resolución de este cuadro.

P21. PAPEL DEL PUVA-SOL EN EL TRATAMIENTO DEL VITÍLIGO INESTABLE GENERALIZADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Mouronte, M.B. de Nicolás Ruanes, E. de Dios Berná Rico, C. Azcárraga Llobet, P. Burgos Blasco, A.L. Melián Olivera, G. Selda Enríquez y M. Fernández Guarino

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

Mujer, de 37 años, con antecedentes personales de vitiligo de 10 años de evolución. Había realizado los siguientes tratamientos, con una eficacia parcial: tacrolimus en pomada, cápsulas de L-fenilalanina y fototerapia con PUVA. Fue valorada a través de teledermatología a finales de primavera por un nuevo brote, con manchas generalizadas de nueva aparición a nivel periocular, peribucal, codos, pies y dorso de antebrazos y manos. El porcentaje de SCA era del 25%. Se realizó una analítica general con autoinmunidad y cribado de tiroides, no detectándose comorbilidades o alteraciones patológicas relevantes. Por este motivo, se inició tratamiento tópico con tacrolimus pomada (1 vez cada 48 horas), aceponato de metilprednisolona 1% en emulsión (alternando con tacrolimus) y sistémico con metilprednisolona (un único bolo de 125 mg IV), pulsos de dexametasona (20 mg/24 h, 4 días/semana, cada 15 días) y ciclosporina (3 mg/kg/día). Dada la ausencia de dispositivos de fototerapia en su medio y el deseo expresado por la paciente de obtener una repigmentación rápida, se decidió complementar el tratamiento con PUVA-sol (1 vez/día durante 6 semanas, con una dosis de 20 mg de 8-metoxipsoraleno y una exposición solar controlada de 15 minutos en las últimas horas del día). En la revaloración a los 3 meses, se apreció una marcada repigmentación en cara y antebrazos. Se observó una respuesta facial en dorso de manos, codos y muslos. Las manchas de los pies no mejoraron. Ante la buena evolución clínica, se redujo la dosis de dexametasona (10 mg/24 h, 2 días/semana, cada 15 días) y de la ciclosporina (1 mg/kg/día), manteniéndose el tratamiento tópico. Se sustituyeron las sesiones de PUVA-sol por fototerapia UVBBe autoadministrada por la

paciente en su domicilio. El tratamiento del vitiligo se individualiza según las necesidades del paciente, siendo a menudo necesarias las combinaciones terapéuticas. La fotoquimioterapia está considerada como una de las herramientas más eficaces. Aunque infrecuentemente utilizada en nuestro medio, la estrategia PUVAsol se emplea a menudo en países tropicales con escasos medios técnicos. Por ello, puede plantearse como un adyuvante si no hay otras modalidades disponibles, gracias a su fácil acceso y facilidad de uso. Sin embargo, debe darse instrucciones específicas al paciente para lograr una buena adherencia y evitar reacciones adversas indeseadas.

P22. ALOPECIA APOLLILLADA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA

A. Muñiz de Lucas, M. Vela Ganuza, D. de la Vega Ruiz, G.G. Dradi, M. Menéndez Sánchez, J. Griffiths Acha, E. Gómez de la Fuente y J.L. López Esteban

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Caso clínico. Se trata de un varón de 27 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por presentar placas alopecias en cuero cabelludo de 2 semanas de evolución sin otra sintomatología asociada. Preguntando por su historia sexual, comentaba relaciones sexuales heterosexuales con entre 3 y 9 parejas sexuales todas ellas sin protección en los últimos 6 meses. A la exploración física presentaba una alopecia parcheada predominantemente en la región temporo-occipital, en la tricoscopia se podían observar folículos pilosos vacíos y pelos cortos en crecimiento. En el resto de la exploración evidenciamos un exantema maculopapuloso generalizado, afectando palmas y plantas, y linfadenopatías bilaterales inguinales. Ante la sospecha de sífilis secundaria, se solicitó una analítica general que reveló un RPR de 1/128 y TPHA positivo 1/1280, confirmando el diagnóstico de sífilis secundaria. Adicionalmente la prueba de cribado para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue positiva. Se inició tratamiento con una única dosis de penicilina G intramuscular 2,4 millones de unidades con resolución completa de las lesiones cutáneas a los 10 días y recuperación de la densidad capilar a las 8 semanas.

Discusión. La alopecia sifilítica (AS) es un hallazgo infrecuente que se observa entre el 2,9 y 22% de los pacientes con sífilis secundaria. La alopecia apollillada es la más común, y se presenta mediante múltiples placas de alopecia no cicatricial, en ausencia de inflamación o descamación local. En ocasiones, la AS puede ser la única manifestación de la enfermedad, simulando otras entidades como la alopecia areata, tiña capitis o tricotilomanía, por lo que es importante mantener un elevado grado de sospecha diagnóstica para evitar un diagnóstico tardío o erróneo.

Conclusiones. Presentamos un caso de alopecia apollillada como manifestación clínica principal en un paciente con sífilis secundaria y VIH. La penicilina G sigue siendo el tratamiento de elección para la sífilis, consiguiendo una recuperación completa de la densidad capilar en 8-12 semanas. Remarcar la importancia de una correcta anamnesis, exploración física completa y tricoscópica para el correcto diagnóstico.

P23. GRANULOMA ACTÍNICO: HIDROXICLOROQUINA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA A CONSIDERAR

M.B. Cívico Ruiz^a, A. Pérez Gil^a, M. Ariza Estepa^b, A. Crespo Cruz^c, J.M. Morón Ocaña^a e I.M. Coronel Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ^cMedical Advisor DCPC de Pierre Fabre Ibérica SA. España.

Introducción. El granuloma actínico o granuloma elastolítico de células gigantes es una entidad poco frecuente descrita en 1975 por

O'Brien, desde entonces hay controversia por su posible relación con el granuloma anular clásico con el que presenta ciertas similitudes clínicas e histológicas. La clínica consiste en lesiones anulares en piel fotoexpuesta y con daño solar de personas adultas. Su patología parece estar relacionada con una reacción granulomatosa causada por el daño actínico del tejido conjuntivo.

Caso clínico. Mujer de 52 años con lesiones anulares múltiples faciales de 3 años de evolución compatibles histológicamente con granuloma actínico. Tras fallo a corticoides y tacrolimus tópicos, se inició hidroxicloroquina 200 mg diario vía oral, con buena respuesta sin la aparición de nuevas lesiones, remitiendo la actividad de zona periférica y persistiendo cierta atrofia central.

Conclusiones. Destacamos el granuloma actínico como una entidad de manejo no estandarizado y resaltamos su abordaje terapéutico con antipalúdicos como la hidroxicloroquina, dada su acción inmunomoduladora, antiinflamatoria y fotoprotectora, como opción bien tolerada y con resultados favorables en la mayoría de los casos reportados.

P24. PROTECCIÓN FRENTE AL ACORTAMIENTO TELOMÉRICO INDUCIDO POR LA RADIACIÓN UV, POR UN FOTOPROTECTOR DE AMPLIO ESPECTRO

A. Guío-Carrión^a, A. Martín^b, J. Aguilera Arjona^c, M. Matabuena Izaguirre^b, D. Megias^d, A. Laure Demessant-Flavigny^e, I. Castillejo Pérez^f, F. Bernerd^g, L. Prieto Cabezas^f y M.A. Blasco^h

^aGrupo Telómeros & Telomerasa. Programa de Oncología Molecular. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). ^bLaboratorio Invitrotecna S.L. Alcobendas. Madrid. ^cDepartamento de Medicina y Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga. ^dUnidad de Microscopía. Programa de Biotecnología. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). Madrid. España. ^eDirección Científica Internacional. Laboratorio Dermatológico La Roche-Posay. Francia. ^fDirección Científica. Laboratorio Dermatológico La Roche-Posay. L'ORÉAL Cosmética Activa. Madrid. España. ^gL'ORÉAL Investigación & Innovación. Francia.

Introducción y objetivo. La luz ultravioleta (UV) produce daños en el ADN, por formación de fotoproductos y especies reactivas de oxígeno. Específicamente, la luz UV acorta los telómeros, fundamentales en la homeostasis celular, comprometiéndola la capacidad regenerativa de los tejidos. Nuestro objetivo es estudiar si un fotoprotector de amplio espectro puede prevenir el daño al ADN y el acortamiento de los telómeros, inducidos por la radiación UV.

Métodos. Utilizamos cultivos "in-vitro" de queratinocitos y fibroblastos humanos y un modelo de piel reconstruida 3D, bajo tres condiciones: control, irradiado, e irradiado en presencia de un fotoprotector de amplio espectro (SPF 50+/PF UVA 46) e irradiamos a 10J/cm² UV, mediante un simulador solar (SSUV). Tras 24 horas postirradiación cuantificamos longitud telomérica por HT Q-FISH, daño en ADN por inmunofluorescencia con gH2AX y 53BP1, viabilidad celular por tinción DAPI y examinamos la integridad de la estructura de la piel reconstruida por tinción con hematoxilina-eosina.

Resultados. Tras la exposición a SSUV de fibroblastos y queratinocitos in vitro, disminuye la viabilidad celular (41,6% y 79% respectivamente), aumenta el daño en ADN y se acortan los telómeros (26,8% y 13,5% de acortamiento respectivamente). Sin embargo, irradiando en presencia del fotoprotector, la viabilidad celular y el daño a ADN son comparables a los controles no irradiados, se reduce el acortamiento telomérico (13,7% y 8,3% respectivamente) y disminuye el porcentaje de telómeros críticamente cortos.

En el modelo 3D de piel reconstruida, la exposición a SSUV reduce la celularidad (77,4%), se pierde la estructura estratificada de la piel y hay un aumento dramático de daño en ADN. En contraste, en la piel irradiada en presencia del fotoprotector, el daño al ADN se previene por completo y la piel muestra una estructura y celularidad indistinguible de los controles. Sorprendentemente, la piel irradiada y el control muestran similar longitud telomérica, mientras que la longitud telomérica aumenta, y el porcentaje de telómeros críticamente cortos disminuye, en la piel irradiada en presencia del fotoprotector.

Conclusiones. El fotoprotector de amplio espectro y protección muy alta UVB-UVA (SPF 50+/PF UVA 46) reduce el daño al ADN y el acortamiento telomérico producidos por la radiación UV, tanto "in vitro" como en el modelo de piel reconstruida 3D.

P25. COMPLICACIONES DE LA INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO REABSORBIBLE: NO SOLO DEPENDE DEL MATERIAL EMPLEADO

R.F. Rubio-Aguilera^a, G. Baeza-Hernández^a, R. Khedaoui^b, L. Fernández-de la Fuente^a, C. Horcajada-Reales^a, B. Echeverría-García^a, C. Martínez-Morán^a y J.M. Borbujo Martínez^a

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

Caso clínico. Mujer de 44 años sin antecedentes de interés que consultaba por episodios de edema y eritema en párpados inferiores tras múltiples procedimientos estéticos realizados por personal no sanitario en un centro no médico. Inicialmente le infiltraron ácido hialurónico (AH) en párpados inferiores, con la aparición de nódulos asintomáticos en la zona. Meses después y ante la no reabsorción espontánea, le infiltraron hialuronidasa sin mejoría. Más adelante, realizaron dos nuevas infiltraciones de AH. Tras la última, empieza con los episodios recurrentes de edema y eritema además de los nódulos. En la exploración inicial presentaba nódulos de 3-8 mm, normocoloreados y de consistencia firme. Se realizó una ecografía en la que se observaban lesiones hipoeoicas, de aspecto encapsulado, con tejido ecogénico en su interior y sin flujo. En un segundo tiempo, se tomó una biopsia para estudio anatomopatológico y cultivo, momento en el que se objetivó uno de los episodios de edema y eritema. Los cultivos fueron negativos y la histología mostró un material extraño en dermis de coloración azul-gris compatible con AH. Se trató con pauta descendente de prednisona oral con mejoría inicial, pero rebrotó tras su suspensión. Finalmente se recomendó acudir a un centro dermatológico con experiencia en manejo de complicaciones de material de relleno.

Discusión. El AH es el material de relleno más empleado hoy en día. A pesar de su buen perfil de seguridad, pueden ocurrir reacciones adversas. De hecho, su número está aumentando con la creciente demanda de este tipo de procedimientos. La falta de experiencia en su realización es un factor de riesgo en el desarrollo de estas complicaciones. Esto se acentúa cuando estas técnicas las realizan personas no cualificadas, a las que acuden los pacientes buscando opciones más económicas, lo que supone un riesgo para su propia salud. Podemos clasificar estas reacciones adversas en tempranas o tardías, y la mayoría son evitables. Al no realizarse estos procedimientos en centros públicos, no siempre se está familiarizado con sus complicaciones. Conocerlas nos ayudará a poder ofrecer el mejor manejo a estos pacientes.

Conclusiones. Los procedimientos estéticos se encuentran en auge, con el consiguiente aumento del número de complicaciones, especialmente si las realizan personas no cualificadas. Presentamos un caso que expone este problema.

P26. RINOFIMA GRAVE TRATADO EXITOSAMENTE MEDIANTE UNA ÚNICA SESIÓN DE LÁSER CO2 E ISOTRETINOÍNA A BAJAS DOSIS

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, D. Ramos Rodríguez^a, J. Algarra Sahuquillo^a, J. Mercader Salvans^a, M. Quetglas Valenzuela^a y M. Rodríguez Martín^b

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. ^bServicio de Dermatología de Dermatología Clínicas. España.

Introducción y objetivo. El rinofima es una forma de rosácea producida por la progresiva hipertrofia tisular que causa distorsión nasal con crecimientos nodulares carnosos blandos que producen una importante desfiguración facial. En su forma grave, se trata de un auténtico reto terapéutico.

Métodos. Hombre de 67 años que acude a consulta por rinofima grave de más de diez años de evolución tratado previamente con múltiples fármacos tópicos y orales: metronidazol e ivermectina tópicos, doxiciclina e ivermectina vía oral, y radiofrecuencia sin objetivarse ninguna mejoría clínica. El paciente desarrolló un cuadro depresivo secundario a la grave afectación estética. Decidimos iniciar isotretinoína a bajas dosis: 10 miligramos diarios durante cuatro semanas objetivando una leve mejoría inicial, posteriormente realizamos una única sesión de láser de CO2 con cabezal quirúrgico en modo resurfacing clásico. Para favorecer el correcto proceso de cicatrización se pautaron curas locales con mupirocina y apósitos impregnados de Bálsamo del Perú dos veces al día junto a antibioterapia vía oral.

Resultados. El paciente presentó buena evolución clínica, únicamente requiriendo paracetamol de forma ocasional. Las curas locales se prolongaron durante tres semanas. El resultado estético ha sido óptimo y actualmente el paciente realiza vida normal, continuando con 10 mg de isotretinoína dos veces por semana. Tras un año, el paciente no ha presentado recidiva ni complicaciones.

Conclusiones. El tratamiento con láser de CO2 en combinación con isotretinoína vía oral a dosis bajas puede ser una buena opción en el tratamiento del rinofima grave que no responde a tratamientos habituales, presentando un bajo riesgo de complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas.

P27. RECRECIMIENTO CAPILAR DE LA FOLICULITIS DECALVANTE TRAS TRATAMIENTO CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO: FOTOBIMODULACIÓN

C. Azcárraga Llobet, E. de Dios Berná Rico, B. de Nicolás Ruanes, E. García Mouronte y M. Fernández Guarino

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

Introducción. La foliculitis decalvante (FD) es una entidad poco frecuente que puede cursar con alopecia cicatricial (AC). El tratamiento de la AC es muy complejo e incluye diversas opciones no siempre eficaces.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente varón de 41 años con una FD en tratamiento desde hace 3 años. Se le habían pautado diversos tratamientos tópicos y orales hasta la estabilización. Tras el control de la FD y los deseos estéticos del paciente se decidió iniciar una sesión con láser colorante pulsado (LCP) sobre la zona eritematosa residual a nivel de la placa occipital que presentaba. Se aplicó LCP 595nm (Candela láser, España) con los siguientes parámetros: 7mm, 9J/cm², 10 ms. A la revisión 3 semanas después el paciente mostró mejoría estética con atenuación del eritema, pero además pudimos observar recrecimiento capilar en la periferia de la placa. Por ello, se aplicaron 2 sesiones separadas 3 semanas cada una. Al seguir observándose mejoría se acordó con el paciente la aplicación de luz roja mediante lámpara LED en domicilio 3 veces por semana a dosis moduladoras (4J/cm²).

Discusión. La regeneración capilar es un reto terapéutico en una AC como la FD. En nuestro paciente, además de observar el aclaramiento del eritema buscado con el LCP, se pudo apreciar un hallazgo relevante de recrecimiento capilar en la periferia de la placa. Es posible que el LCP haya actuado sobre la modificación de distintas estructuras moleculares implicadas en la regulación de la inflamación, tal y como se postula en el tratamiento de algunas patologías inflamatorias en base a la teoría de la fotobiomodulación. Dado que la periferia de las placas de FD son lugares de disregulación inmunológica (bordes activos), es probable que pudiésemos haber actuado frente a ella mediante un efecto biomodulador. Con todas estas hipótesis, se especula que en las zonas de inflamación residual de la FD es posible la regeneración capilar, sin embargo, en localizaciones con gran componente cicatricial a nivel central de la placa es difícil observar dicha mejoría, como sucedió en el paciente. En conclusión, se presenta un caso en el que el LCP se mostró eficaz en la disminución del eritema residual causado por una alopecia inflamatoria cicatricial (la FD), en el que además aparecen efectos moduladores del láser en la periferia de la placa, con la aparición de recrecimiento.

P28. TUBÉRCULO DE DARWIN: CORRECCIÓN QUIRÚRGICA ESTÉTICA

F. Moro Bolado, L. Martínez Montalvo, O. Al-Wattar Ceballos, A. López Valle, P. Sánchez Caminero, M. García Arpa y G. Romero Aguilera

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

Introducción. El tubérculo de Darwin o tubérculo auricular es un engrosamiento cartilaginoso en el hélix posterior de la oreja. Se trata de una variante anatómica de la normalidad, que por lo general no requiere tratamiento, aunque en ocasiones los pacientes pueden desear su corrección por motivos estéticos o por molestias derivadas del apoyo sobre la zona.

Caso clínico. Mujer de 52 años que consulta por molestias de más de dos años de evolución en hélix de oreja derecha al colocarse en decúbito lateral derecho sobre la cama. En la exploración física no se objetiva solución de continuidad de la piel ni cambios de coloración. Únicamente se palpa un nódulo de unos 6 mm de eje mayor, adherido a plano cartilaginoso y que forma una leve protrusión en la superficie cutánea. Esta lesión no está presente en pabellón auricular contralateral. Se establece el diagnóstico clínico de tubérculo de Darwin y se propone corrección quirúrgica del mismo. Bajo anestesia local con mepivacaína al 2% se realiza un huso en la piel permitiendo la visualización del cartilago auricular a este nivel. Se realiza excisión de la protuberancia cartilaginosa, redondeando el cartilago del hélix posterior, y se procede al cierre con puntos simples y sutura de seda 5/0.

Discusión. La descripción del tubérculo auricular o de Darwin se atribuye al naturalista inglés Charles Darwin. Sin embargo, la primera descripción fue realizada por el escultor Thomas Woolner a comienzos del siglo XIX. Se trata de un vestigio evolutivo, presente en la actualidad en primates como títies, macacos, colobos rojos y monos ardilla, resultado de un ancestro común. Su prevalencia se ha estudiado en varias poblaciones, presentándose en un 11% de la población adulta española, un 40% de adultos indios y hasta un 58% de niños escolares suecos.

Se presenta en la región posterosuperior del hélix, puede ser uni- o bilateral, y puede adoptar morfología redondeada, alargada paralela al eje del hélix o triangular con el vértice hacia la superficie cutánea. En ocasiones puede presentar una apariencia bilobulada. En la práctica totalidad de las ocasiones se presenta de manera asintomática, y de manera esporádica los pacientes pueden referir molestias a la presión. El tratamiento quirúrgico responde a motivos estéticos, y se trata de un procedimiento técnicamente simple, que no suele presentar complicaciones posquirúrgicas.

P29. ROFLUMILAST ORAL: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EFICAZ, SEGURA, BARATA Y CÓMODA. EJEMPLO PRÁCTICO EN UNA PACIENTE CON PSORIASIS Y POSIBILIDADES ABIERTAS EN MÚLTIPLES PATOLOGÍAS

D. Revilla Nebreda^a, M. Medina Migueláñez^b, L. Revelles Peñas^a, S. Becerril Andrés^a, F. Domínguez de Luis^a, S. Blanco Barrios^a y M. Roncero Riesco^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. y ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. España.

INTRODUCCIÓN. ROFLUMILAST ES UN INHIBIDOR SELECTIVO DE FOSFODIESTERASA 4 (PDE-4) QUE ESTÁ APROBADO DESDE 2011 PARA EPOC. TODOS LOS INHIBIDORES DE PDE-4 (ROFLUMILAST, APREMILAST, CRISABOROL) DISMINUYEN TNF-ALFA, IFN-GANMA, IL-12, IL-23 E IL-17 QUE TIENEN GRAN IMPORTANCIA EN LA FISIOPATOGÉNESIS DE LA PSORIASIS.

Caso clínico. Mujer de 43 años con psoriasis desde los 9 años sin afectación articular. Antecedentes familiares de psoriasis sin otros antecedentes destacables. Desde 2003 recibió múltiples tratamientos: corticoides, queratolíticos y análogos de vitamina D tópicos, UVB y acitretina. Con acitretina presentó alteración hepática y lipídica que obligó a suspensión. El 29/06/2022 presentó brote en forma de gotas y pequeñas placas generalizadas sin respuesta a tópicos y sin infección previa. Presentaba PASI = 7,90, BSA 30% sin afectación de localizaciones especiales. Analítica y serología sin alteraciones. Se inició roflumilast 500 mcg cada 24 h. En la semana +8 acudió con lesiones residuales y PASI = 0. Presentó diarrea leve, náuseas y pirosis de forma autolimitada que controló con omeprazol. Perdió 2 kg de peso.

Discusión. Existe evidencia de eficacia de roflumilast tópico en psoriasis y dermatitis atópica. Roflumilast oral ha demostrado ser 20-90 veces más potente inhibiendo PDE-4 que apremilast. Apremilast oral está aprobado para psoriasis y artritis psoriásica. Roflumilast oral actúa en psoriasis sobre piel y también sobre las comorbilidades de los pacientes (EPOC, enfermedad inflamatoria intestinal o asma). Además de efectos secundarios gastrointestinales autolimitados (menos que apremilast), un efecto secundario frecuente es la pérdida de peso que permite el control del sobrepeso de muchos pacientes. Igual que apremilast, roflumilast es un fármaco seguro y que no requiere monitorización analítica. Su prescripción es fácil y cómoda en farmacias con un precio < 4% que el precio actual de apremilast en España. Actualmente hay un ensayo clínico abierto para evaluar la eficacia de roflumilast oral en psoriasis. Otras patologías como hidrosadenitis, eczema numular, aftosis oral, etc. podrían beneficiarse de este tratamiento.

Conclusiones. Roflumilast oral es un tratamiento eficaz, seguro, barato, y cómodo que puede ser útil en nuestros pacientes de psoriasis y de otras patologías dermatológicas, con un enfoque global sobre la piel y comorbilidades sistémicas.

P30. EFLUVIO TELOGÉNICO POST-COVID19. NUESTRA EXPERIENCIA TRAS LA SÉPTIMA OLA

N. Merino de Paz^a, V. Luckoviek^a, N. Hernández Hernández^a, M.E. Gaviño Ferrera^b, S. Castro Gruber^b, M. Fumero Arteaga^c

^aServicio de Dermatología. Dermamedicina Clínicas. ^bServicio de Medicina Estética. Dermamedicina Clínicas. ^cServicio de Psicología Dermamedicina Clínicas.

Antecedentes y objetivo. El efluvio post-COVID-19 es una entidad descrita en 2020. Se estima que un 20% de los pacientes que han padecido la COVID-19 experimentan un cuadro de efluvio telogénico agudo.

Métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro centro de Santa Cruz de Tenerife tras la séptima ola de la COVID-19, cuyas cifras en Canarias alcanzaron los 7451 casos nuevos a 7 de enero de 2022, con un porcentaje de población con vacunación completa de un 80%. Recogimos datos demográficos, fecha de enfermedad, fecha de inicio de la caída del cabello, síntomas y severidad de la COVID-19 y exploración física tricología.

Resultados. Analizamos un total de 30 pacientes. Nuestros resultados muestran que a pesar de la vacunación en la séptima ola, muchos de los pacientes experimentan un efluvio telegénico llamativo, más notable en aquellos casos con una enfermedad más severa, con fiebre o anosmia. La latencia media de aparición del mismo fue de 2 meses tras la COVID-19. Como tratamientos destaca el uso del plasma rico en plaquetas. **Discusión y conclusiones.** La fisiopatología de este fenómeno no está del todo clara, pero sabemos que la COVID-19 es una enfermedad muy proinflamatoria, con una gran liberación de citoquinas e inflamación endotelial, que llevaría a una teloptisis prematura. Estos pacientes presentan frecuentemente un estrés psicológico importante asociado, tanto por la patología vírica, el confinamiento que conlleva, como por la propia caída de cabello, que puede empeorar el cuadro de efluvio telogénico. Además, muchos de nuestros pacientes presentaban alopecia androgénica de base, con un llamativo empeoramiento de la evolución de la misma tras el cuadro de efluvio post-COVID. Por todo ello, es importante conocer este cuadro y tranquilizar al paciente, así como recomendar un tratamiento que acelere la resolución del mismo.

P31. EFECTO SINÉRGICO DE DOS ACTIVOS PUROS: RETINOL Y NIACINAMIDA

E. Suñer Ollé y T. Martínez Valverde

Martiderm, S.L.

El envejecimiento de la piel es un proceso natural causado por cambios intrínsecos y daños extrínsecos. Gran parte de los cambios suceden a nivel de la dermis, compuesta fundamentalmente de matriz extracelular rica en colágeno, que da soporte, estructura y turgencia a la piel. Con el paso del tiempo, disminuye su síntesis y las fibrillas existentes se desorganizan, con la consecuente pérdida de firmeza y aparición de arrugas. El objetivo del estudio fue diseñar, formular y determinar la eficacia y la tolerancia de un bálsamo fundente con un 0,3% de retinol puro complementado con niacinamida al 5% para potenciar el efecto antiedad y mejorar la tolerancia. El efecto antiedad de la combinación sinérgica de activos se evaluó mediante estudios preclínicos y clínicos. Ex vivo, sobre un modelo de piel humana reconstituida, se cuantificó el potencial para incrementar la síntesis de colágeno respecto a un control sin tratamiento. In vivo, se llevó a cabo un estudio bajo control dermatológico en el que se incluyeron 37 mujeres de entre 38 y 60 años que aplicaron el producto durante 56 días por la noche, en pauta creciente según tolerancia y fotoprotección durante el día. En un subgrupo de 21 voluntarias, se determinó la eficacia antiarrugas, evaluando la variación de 3 parámetros: volumen, área y longitud con el sistema Primos CR, tras 28 y 56 días de uso. Así mismo, la satisfacción de las voluntarias se valoró con una escala tipo Likert. Se obtuvo un aumento estadísticamente significativo de los niveles de colágeno I del 75% respecto al control. In vivo, se objetivó una mejora estadísticamente significativa de los 3 parámetros de arrugas evaluados, con una reducción del volumen del 22% y el 31%, del área del 22% y de la longitud del 23 y 30%, respectivamente a D28 y D56. Así mismo, el dermatólogo determinó buena tolerancia cutánea, ya que únicamente dos voluntarias no toleraron la pauta establecida. Además, un alto porcentaje de voluntarias reportaron que las cualidades cosméticas son muy buenas y que su uso continuado ayuda a reducir los signos del envejecimiento. Los resultados obtenidos, permiten concluir que la combinación sinérgica de retinol puro y niacinamida es una opción segura, eficaz y con buena aceptación por parte de los usuarios para combatir los signos del

envejecimiento cutáneo, puesto que incrementa la síntesis de colágeno y reduce las arrugas.

P32. FOTOTERAPIA UVA-1 A BAJA DOSIS EN QUELOIDES POSTQUIRÚRGICOS, UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

M.D. Pegalajar García, F.J. de la Torre Gomar, A. Gil Villalba, J.M. Llamas Molina, Á. Ayén Rodríguez y R. Ruiz Villaverde,

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

Introducción. Los queloides suponen una patología dermatológica frecuente que afecta a un 4,5-16% de la población hispana y afroamericana. En la actualidad existe una amplia variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos para esta entidad. Sin embargo, los resultados son variables, no existiendo un tratamiento gold standard; además, las recidivas son frecuentes. En este contexto, la UVA-1 se postula como una opción terapéutica interesante para el tratamiento de los queloides.

Descripción del caso. Una paciente de 57 años que consulta para la valoración de unos queloides mamarios de once años de evolución. A la exploración, presentaba unas placas eritemato-marrónáceas, induradas, en zonas periareolar y submamarias bilaterales sobre las incisiones quirúrgicas de una mamoplastia de reducción. Había recibido tratamiento previo mediante extirpación e infiltración de corticoide intralesional, con recidiva de las lesiones. Además, refería prurito, tirantez y dolor en las mismas, con un EVA de 8. Se inició tratamiento con fototerapia UVA-1 a baja dosis (5 a 16,13J/cm²), en régimen de 3 sesiones semanales. Tras 25 sesiones y una dosis acumulada total de 238,64 J/cm², se observó el aplanamiento y mejoría de la textura de los queloides, con una notable disminución del prurito y dolor, siendo la EVA postratamiento de 1 en dichos síntomas.

Discusión. Los queloides constituyen una alteración de la cicatrización consecuencia de una actividad anormal de los fibroblastos y la producción patológica de TGF- β e IL-4, IL-5, IL-10 e IL-13 por linfocitos Th2 locales. La fototerapia UVA-1 ha demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos fibrosantes como la esclerodermia o la morfea. Por su longitud de onda, penetra en dermis superficial induciendo fenómenos de apoptosis, la supresión de la producción de citoquinas y la activación de la colagenasa-1 en fibroblastos. Estos efectos se traducen en una mejoría clínica e histopatológica en los casos publicados, donde destaca el alivio sintomático en los pacientes, siendo los efectos adversos leves y bien tolerados.

Conclusiones. Presentamos el segundo caso descrito de queloides tratados con fototerapia UVA-1 a baja dosis. Esta puede considerarse una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de dicha patología. Serían necesarios estudios que corroborasen su eficacia y facilitasen un protocolo de tratamiento estándar.

P33. SEGURIDAD A LARGO PLAZO CON UN RELLENO COMBINADO DE ÁCIDO HIALURÓNICO E HIDROXIAPATITA DE CALCIO EN EL REJUVENECIMIENTO ESTÉTICO FACIAL

C. Hunt^a, F. Urdiales-Gálvez^b, L. Elmaleh^c, L. Goldshaid-Zmiri^c y M. Salomon^c

^aDepartamento médico de Allergan. ^bAesthetic Medicine. Málaga. España. ^cAllergan Aesthetics. an AbbVie Company. Lod. Israel.

Objetivo. Principal: evaluar los eventos adversos (EAs) de aparición tardía en sujetos que recibieron inyecciones subdérmicas o dérmicas profundas con la combinación de relleno de ácido hialurónico e hidroxapatita de calcio (AH+CaHA) durante al menos 18 meses previo a la evaluación. Secundario: evaluar la presencia de AH+CaHA en tejidos faciales de sujetos que habían recibido inyecciones al menos 18 meses antes de la evaluación.

Introducción. HA+CaHA es una matriz de gel de HA reticulado (20 mg/ml) con microsferas de CaHA integradas (55,7%p/p). El modo

de acción dual incluye el relleno de tejidos blandos del HA (con un resultado estético inmediato) y la neocolagenogénesis de la CaHA (que resulta en un engrosamiento dérmico sostenido y una mejoría en la arquitectura de la piel con aumento en la firmeza y la calidad de la misma). La seguridad de cada uno de los componentes individuales de HA+CaHA está bien establecida, no así la seguridad a largo plazo de la combinación.

Métodos. Estudio retrospectivo, postautorización, en adultos que recibieron inyecciones de AH+CaHA \geq 18 meses antes de la evaluación. Se evaluó los EA mediante informes de los sujetos y, en subgrupos, se realizó examen visual de las áreas inyectadas y con fotodermatoscopio analizando la presencia de edema, eritema, hematoma, necrosis, nódulos, pigmentación, cicatrices y costras. Se realizó análisis ecográfico de alta frecuencia.

Resultados. Ciento cuatro sujetos fueron tratados en pómulo, surco nasolabial, línea de marioneta, línea mandibular y mentón. No se reportaron EA. El examen visual y dermatoscópico ($n = 87$) no encontró anomalías en la piel ni otros EA; no se encontraron reacciones alérgicas, granulomas o infecciones. En ecografía en 64 sujetos no se detectó inflamación relacionada con el tratamiento, granulomas u otros eventos. La ecografía no detectó relleno en los sujetos tratados ($n = 61$); solo se detectó en sujetos de estudio con tratamiento repetido reciente ($n = 3$) y los controles inyectados recientemente ($n = 2$). **Conclusiones.** Estos resultados respaldan la seguridad a largo plazo del relleno de HA + CaHA \geq 18 meses tras la inyección. Los sujetos no reportaron EA y no se detectaron anomalías cutáneas o EA relacionados con el tratamiento mediante dermatoscopio o ecografía. No se detectó HA+CaHA en ningún sujeto mediante ecografía \geq 18 meses después de la inyección.

P34. BLEFAROPLASTIA Y EMPLEO DE TOXINA PERIINTERVENCIÓN: ESTUDIO COMPARATIVO EN 303 PACIENTES MEDIANTE LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN GLOBAL, ESTÉTICO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A. Rodríguez-Villa Lario^{a,b}, J.M. Ricart^a, C. Corredera^a, J.M. Revelles^a, C. Górriz^a, M. García-Legaz^a, C. Valenzuela^a, D. Subiabre^a, J.J. Andrés Lencina^a, A. Suárez del Valle^a, D. Vega Díez^{a,b}, R. Moreno^a, E. Sánchez^{a,b} y L. Pinto-Pulido^b

^aServicio de Dermatología. Instituto Médico Ricart (IMR). ^bHospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

Introducción y objetivo. El empleo de toxina botulínica en la región frontal en el contexto de una blefaroplastia puede evitar dehiscencias de la misma y favorecer su cicatrización debido a la disminución de fuerzas de distracción sobre el lecho quirúrgico.

Métodos. Se diseñó un estudio retrospectivo, incluyendo a 303 pacientes intervenidos de blefaroplastia por un único dermatólogo (262 superiores, 9 inferiores y 32 a cirugías completas). Además, un 4,29% (13 pacientes) fueron intervenidos de cejaplastia en el mismo acto quirúrgico. El 33,9% (103) de la muestra recibió tratamiento con toxina botulínica en los días inmediatamente anteriores o posteriores a la cirugía (grupo A) frente al 66,6% que no (grupo B). La mediana de edad en cada grupo fue de 54 años y de 59 y el porcentaje de fumadores global del 28,8% (37,1% y 19,4%, respectivamente %).

Se realizó una encuesta telefónica, contestada por 35 pacientes del grupo A y 31 del grupo B, incluyendo solo blefaroplastias superiores. Se evaluaron los siguientes ítems: escala visual analógica (VAS) para la evaluación de la cicatriz, siendo 0 "excelente" y 10 "pésimo" (media 0,74 grupo A vs. 1,13 grupo B, sin diferencias significativas); el grado de satisfacción estético (8,55 vs. 8,96, sin diferencias significativas); el grado de satisfacción global con la experiencia (8,46 vs. 8,97, sin diferencias significativas).

Comparativamente, el resultado de VAS en función del tabaquismo tampoco arrojó resultados diferenciadores a nivel global (0,938 VAS medio en fumadores vs. 1,04 en no fumadores).

Un 88,6% y un 93,5% de los pacientes volverían a intervenir, con grados de recomendación media de 8,87 y 8,66 respectivamente. Con respecto al empleo de toxina con fines estéticos, el 51% de los pacientes del grupo A ya habían sido usuarios de toxina previo a la cirugía (frente al 48,3% el grupo B) y un 33% de los no usuarios continuaron empleando toxina con fines estéticos tras la inducción su uso en contexto de la cirugía.

Dos pacientes del total de 303 intervenidos sufrieron complicaciones (dehiscencia de sutura), pertenecientes al grupo sin toxina y un tercero requirió reintervención por insatisfacción estética. Los test empleados para el estudio estadístico SPSS fueron al Chi², U de Man Whitney y t-Student.

Conclusiones. El empleo de toxina en región frontal puede evitar complicaciones secundarias como la dehiscencia de la sutura al minimizar las fuerzas de distensión del complejo frente-ceja. No parece haber diferencias significativas en cuanto a resultado estético.

P35. LA DERMOCOSMÉTICA COMO COADYUVANTE EN TRATAMIENTOS MÉDICOS DE INFILTRACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO

P. Borregón Nofuentes^a, P. Cornejo Navarro^b, P. de Frutos, O. Torres^d, A. Arteaga^e y L. Prieto Cabezas^f

Clinica Kalosia. ^bClinica Dra. Paloma Cornejo. ^cClinica Dra. Pilar de Frutos. ^dClinica Habana Lips. ^eClinicas Dra. Ariana Arteaga. ^fDirección Científica L'oréal Cosmética Activa. Madrid. España.

Introducción. El ácido hialurónico es un activo ampliamente utilizado en procedimientos estéticos y en aplicación tópica.

Objetivo. Evaluación del beneficio de la combinación de infiltrados de AH y combinación con dermocosméticos con AH, sobre las arrugas faciales, labios y aspecto general del rostro.

Material y métodos. Veinte mujeres, entre 18 y 60 años. Tres tipos de protocolos: aplicación de un inyectable de AH monofásicos con lidocaína y tecnología OXIFREE patentada y aplicación durante 3 semanas de rutina cosmética con serum de AH + fotoprotector. Grupo 1: infiltración AH (15 mg/ml) tercio superior + Serum AH, Pante-nol, Madecassoside. Fotocorrector UVB-UVA, SPF 50. AH, niacinamida y Phe-resorcinol. Grupo 2: infiltración AH (15 mg/ml) tercio inferior + Serum AH, péptido, vit. Cg +. Fotocorrector UVB/UVA, SPF50+. Péptidos, niacinamida, vit. E y fracciones probióticas. Grupo 3: infiltración AH (18 mg/ml) en relleno de labios + Serum con AH, proxlane,

extracto de regaliz y arroz púrpura + fotoprotector UVB-UVA, SPF 50. Tranexámico y niacinamida. Evaluación clínica (EVA) grado de profundidad de arrugas y calidad de la piel (hidratación, luminosidad, firmeza, densidad y aspecto) y autoevaluación, V0, V01, V21 días.

Resultados. El protocolo dermocosmético, junto con infiltraciones de AH, muestra una mejoría cuantitativa de arrugas y calidad de la piel vs V0. Tolerancia y satisfacción del paciente y médico.

Conclusiones. La asociación de protocolos dermocosméticos tras infiltrado de AH, muestra efecto sinérgico y mejora de la satisfacción del paciente, siendo una propuesta interesante en la práctica médico-estética.

P36. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS DISTINTOS PEELINGS QUÍMICOS EN MONOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL MELASMA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

J. Aubán Pariente^a, G. Villalón García^b y C. Ortega Monzó^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia. ^bUniversidad CEU Cardenal Herrera. España.

Introducción y objetivo. Los estudios que comparan la eficacia de los peelings químicos en el tratamiento melasma generalmente

arrojan resultados contradictorios. La gran diversidad de agentes, las distintas concentraciones disponibles y la frecuente combinación con otros tratamientos, supone un inconveniente a la hora de comparar la eficacia de los distintos peelings químicos empleados en el tratamiento del melasma. El objetivo principal fue analizar la eficacia del peeling químico en monoterapia para el tratamiento del melasma. Adicionalmente se describieron las características demográficas y clínicas de los participantes y se estudiaron los factores asociados a una mejor respuesta.

Métodos. Para responder a los objetivos planteados se realizó una revisión sistemática de la literatura existente en las principales bases de datos (Pubmed y Cochrane Library). Se incluyeron aquellos estudios publicados entre enero de 2000 y mayo de 2022, redactados en los idiomas español o inglés. Se utilizaron los criterios PRISMA. Tras la aplicación de estrictos criterios de selección se obtuvieron 27 artículos.

Resultados. El número total de pacientes incluidos en los estudios de esta revisión fue 898. La edad media de los participantes fue de 37,4 años. Los estudios se realizaron principalmente en pacientes asiáticos y los fototipos más frecuentes fueron el III, IV y V. De los 24 artículos incluidos en esta revisión, 14 compararon la eficacia del ácido glicólico (AG) como agente único en el tratamiento del melasma. En la mayoría de ellos, se observó superioridad del AG en comparación con otras modalidades de exfoliación química. El agente con el que más se comparó el peeling de AG fue el ácido tricloroacético (ATC). El peeling de AG solo pudo demostrar una eficacia similar al peeling de tretinoína, vitamina C nanosomada o ácidos frutales en la reducción de la severidad del melasma. La literatura actualmente disponible muestra cómo el ácido láctico y el ácido salicílico tienen una eficacia similar a la solución de Jessner en el tratamiento del melasma.

Conclusiones. Los peelings químicos en monoterapia constituyen una modalidad de tratamiento eficaz en pacientes con melasma. El AG es el agente exfoliante más estudiado y muestra mejores resultados que el peeling de ATC en la reducción de la gravedad del melasma.

P37. EL REJUVENECIMIENTO DE LAS DEPRESIONES INFRAORBITARIAS CON RELLENO DE ÁCIDO HIALURÓNICO VYC-15L ES SEGURO Y EFECTIVO EN PACIENTES CON DIVERSOS FOTOTIPOS DE PIEL

N. Rescignano^a, A. Moradi^b, J. Downie^c, M. Lupo^d, G. Munavalli^e; N. Ashourian^a y S. Chawla^a

^aAllergan Aesthetics. an AbbVie Company. Irvine, CA. ^bMoradi MD. Vista. CA. ^cImage Dermatology PC. Montclair. NJ. ^dLupo Center for Aesthetic and General Dermatology. New Orleans. LA. ^eDermatology, Laser & Vein Specialists. Charlotte. NC.

Estudio pivotal prospectivo, multicéntrico, ciego para el evaluador, controlado, comparó la seguridad y la eficacia del relleno de ácido hialurónico (HA) VYC-15L para el rejuvenecimiento de las depresiones infraorbitarias (IOH) en pacientes con Fitzpatrick tipos (FST) I/II/III y IV/V/VI. Los pacientes, de ≥ 22 años con un grado inicial de moderado o grave en la escala de cavidades infraorbitales de Allergan (AIHS), se asignaron al azar a un grupo de tratamiento con VYC-15L (repetido opcional a los 12 meses) o a un grupo de control sin tratamiento. El criterio principal de valoración de la eficacia fue la tasa de respuesta de AIHS (porcentaje de pacientes con una mejora de ≥ 1 punto) en el mes 3. Se incluyeron, también, la mejora en la escala estética global (GAIS), el cambio desde el inicio en la evaluación final del FACE-Q, satisfacción con el tratamiento, etc. La seguridad fue monitoreada durante el estudio. El análisis de eficacia principal incluyó a 135 pacientes (43,9 años; 91,9 % mujeres; FST I/II/III, n = 87 [control, n = 21] y FST IV/V/VI, n = 46 [control, n = 10]). Las tasas de respuesta de AIHS para los grupos de tratamiento estratificados en el

mes 3 fueron significativamente más altas que para los grupos de control (FST I/II/III, 80,3 % frente a 9,5 %; FST IV/V/VI, 88,9 % frente a 20,0 %; ambos P < 0,001). Las tasas de respondedores de AIHS en los grupos de tratamiento fueron similares para todas las visitas del estudio. En el mes 3, una proporción similar de pacientes informó mejoría o mucha mejoría en la evaluación del investigador (FST I/II/III, 84,9 %; FST IV/V/VI, 88,6 %) y la evaluación del paciente (FST I/II/III, 83,1 %; FST IV/V/VI, 85,7 %) puntuaciones GAIS, así como satisfecho o definitivamente satisfecho con la naturalidad del área debajo de los ojos (FST I/II/III, 73,9 %; FST IV/V/VI, 80,6%). Ambos grupos de tratamiento mostraron una mejora en el cambio medio desde el inicio hasta la puntuación del mes 3 en la evaluación FACE-Q (FST I/II/III, +19,5 puntos; FST IV/V/VI, +14,9 puntos). Una proporción similar de pacientes informó ≥ 1 evento adverso (FST I/II/III, 29,4 %; FST IV/V/VI, 21,6 %). La mayoría de AEs, en el lugar de la inyección (ISR) fueron de leves a moderadas. Alta satisfacción con el tratamiento en pacientes en todo el rango de FST hasta 12 meses después del tratamiento y después de repetir el tratamiento.

P38. VERRUGAS PERIUNGUEALES RECALCITRANTES TRATADAS CON BLEOMICINA INTRALESIONAL

C. Lacasta Plasín, P. García Piqueras, M. Córdoba García-Rayó, D. Virseda González, L. Jiménez Briones, N. Medrano Martínez y L.M. Nieto Benito

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

Introducción y objetivo. Las verrugas vulgares son lesiones cutáneas frecuentes, producidas por el virus del papiloma humano. Presentan múltiples localizaciones; siendo las de localización periungueal causa de múltiples visitas al dermatólogo por las molestias estéticas, funcionales y la dificultad en su completa eliminación a pesar de múltiples tratamientos. Existen variedad de tratamientos (queratolíticos, crioterapia, electrocoagulación e imiquimod entre otros) pero no aseguran la curación de las lesiones, con un porcentaje elevado de recidivas. La bleomicina es una opción terapéutica en los casos rebeldes y recalcitrantes, sobre todo en verrugas de localización periungueal y plantares. Esta es derivada del *Streptomyces verticillus* con actividad antibiótica, antibacteriana, antiviral y citotóxica (antineoplásica).

Métodos. Paciente de 32 años con verruga vulgar de localización periungueal de 3 años de evolución, sin mejoría a pesar de múltiples tratamientos. Se realizó infiltración intralesional con bleomicina en 2 sesiones separadas por 30 días. Se preparó 1 UI de bleomicina en 1 cc de solución fisiológica, realizando anestesia troncular previamente. En el primer control se observó la necrosis leve esperada de la lesión. Un mes tras la segunda sesión se objetivó la curación completa de la lesión.

Resultados. Se reportan altas tasas de curación de las verrugas tras bleomicina. La dosis varía entre 0,1 a 1 ml según el tamaño de las verrugas, sin superar 1 ml por verruga y 2 ml por tratamiento en el mismo paciente. Los efectos adversos son poco frecuentes y precisa anestesia previa para mejorar la tolerancia a la técnica. Estudios recientes destacan una nueva modalidad de aplicación de la bleomicina, mediante la técnica de microneedling. Se comparó la técnica tradicional de inyección única versus microneedling más la aplicación posterior de un spray tópico de bleomicina y oclusión. Los resultados en cuanto a la desaparición de la verruga fueron similares, pero el dolor disminuyó significativamente en el grupo que recibió microneedling.

Conclusiones. El interés de la presentación radica en resaltar la buena respuesta de nuestro paciente con la infiltración de bleomicina intralesional, sin presentar efectos adversos durante el tratamiento. Destacamos el uso de microneedling, con la misma eficacia pero disminución del dolor.

P39. TOXICIDAD CUTÁNEA POR METOTREXATO A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Fernández Parrado^a, J. Yu^b, S. Der Sarkissian^b, J. Kim^a, R. Ruiz Araujo^b y P. Fernández-Peñas^b

Hospital Universitario de Navarra. España. ^aServicio de Dermatología ^cServicio de Anatomía Patológica. Westmead Hospital.

Introducción. El metotrexato (MTX) es un fármaco ampliamente utilizado en dermatología y reumatología. Aunque las dosis empleadas para el tratamiento de enfermedades autoinmunes son bajas en comparación con las usadas en pacientes oncológicos, su uso no está exento de efectos adversos.

Caso clínico. Un varón de 60 años, fototipo V, con psoriasis moderada de varios años de evolución en tratamiento con 15 mg/semanales de MTX oral acudió a urgencias por lesiones cutáneas dolorosas no pruriginosas, de una semana de evolución distintas a las de su psoriasis habitual. Había incrementado la dosis de MTX a 20 mg/semana recientemente. En la exploración física se objetivaron placas eritematosas con descamación periférica y erosión central, algunas incluso ulceradas en tronco. Tenía además úlceras en mucosa oral. Se solicitó una analítica con hemograma, bioquímica, ANA, ENA, anticuerpos antidesmogleina y niveles de MTX, con resultados dentro de la normalidad. Se realizó una biopsia cutánea con un infiltrado inflamatorio mixto, presencia de eosinófilos, degeneración vacuolar de la basal y cuerpos disqueratóticos. La inmunofluorescencia directa fue negativa. A pesar de que los niveles de MTX estaban dentro del rango terapéutico, el cuadro era sugestivo de toxicidad cutánea por lo que se suspendió el MTX y se administró ácido fólico. Se pautó tratamiento con corticoides orales en pauta descendente (0,5 mg/kg). Al cabo de una semana las lesiones habían mejorado notablemente dejando máculas hiperpigmentadas residuales.

Discusión. Mientras las úlceras en la mucosa oral son un signo precoz y fácil de reconocer de toxicidad, no lo son las lesiones cutáneas. De hecho, en ocasiones las erosiones y ulceraciones de la piel han sido confundidas con un empeoramiento de la psoriasis. En más de la mitad de los casos reportados de toxicidad cutánea se debe a una inadecuada administración, relacionada con olvidos de la toma de ácido fólico o cambios recientes de dosis. Se han descrito otros factores que favorecen la acumulación del fármaco como insuficiencia renal o toma de AINE. Ante una alta sospecha de toxicidad por MTX, conviene realizar una analítica completa y una biopsia para descartar otras entidades. Lo más importante es la suspensión precoz del fármaco, que puede ir acompañada de la administración de corticoides, ácido fólico o leucovorin.

P40. ESTIMULADOR MEDULAR PARA LA VASCULOPATÍA LIVEDOIDE: CONTROL EFICAZ DE UNA PATOLOGÍA INTRATABLE

L. Revellas Peñas^a, S. Becerril Andrés^a, D. Revilla Nebreda^a, S. Pastor Navarro^b, C. Hidalgo Calleja^b, A.A. López Piñero^c y V. Velasco Tirado^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Reumatología. ^cServicio de Anestesia y Reanimación. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. La vasculopatía livedoide es una enfermedad crónica trombooclusiva, con importante afectación cutánea. Existen distintas alternativas terapéuticas, en ocasiones con escasa respuesta, por lo que la búsqueda de nuevas modalidades de tratamiento resulta relevante.

Caso clínico. Mujer de 68 años con brotes de lesiones en piernas que clínica e histológicamente corresponden a vasculopatía livedoide de 6 años de evolución. Los estudios para descartar patología

asociada fueron negativos. Ha recibido tratamiento con múltiples fármacos tópicos, orales y parenterales (pentoxifilina, ácido acetilsalicílico, colchicina, nifedipino, bosentaín, rivaroxaban, sildenafilo, nitroglicerina, inmunoglobulinas, rituximab y sevoflorano) suspendidos por falta de respuesta o intolerancia. Además, presenta mala tolerancia a diferentes analgésicos. Ante el curso tórpido, en la Unidad del Dolor se realiza un implante de estimulación de cordones posteriores de médula espinal, con una mejoría evidente del dolor y cutánea, con resolución prácticamente completa de las úlceras cutáneas y respuesta mantenida hasta la actualidad.

Discusión. La vasculopatía livedoide es un trastorno cutáneo crónico infrecuente, con importante impacto en la calidad de vida. Las distintas modalidades de tratamiento suelen ofrecer resultados desiguales, por lo que son precisas terapias combinadas y/o secuenciales con escaso nivel de evidencia. El implante de electrodos sobre los cordones posteriores medulares actúa mediante una inhibición centrípeta, impidiendo el impulso nervioso desde las terminaciones nerviosas periféricas hasta el sistema nervioso central, evitando que se haga consciente la sensación de dolor. Asimismo, mediante la inhibición centrífuga impide que se genere un impulso nervioso simpático, favoreciendo la vasodilatación periférica, la perfusión de territorios distales y disminuyendo el dolor, que en nuestra paciente se ha traducido en una mejoría satisfactoria de las úlceras y del control del dolor. Su uso en otras vasculopatías ha sido recogido en la literatura, pero hasta la fecha no hay publicado ningún caso de vasculopatía livedoide tratada satisfactoriamente con esta modalidad.

Conclusiones. La estimulación de cordones posteriores puede considerarse una alternativa de tratamiento para pacientes con vasculopatía livedoide que no respondan a otras opciones.

P41. IMPORTANCIA DE LA RAPIDEZ DE INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO COMBINADO EN ROSÁCEA GRAVE PUSTULOSA

M.Á. Duarte Ferrera^{a,b} y L. Pérez Naranjo^a

Demax Clinic. ^bHospital de Écija. Sevilla. España.

Introducción. La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica que asienta en el área centrofacial de pacientes de mediana edad. Se caracteriza por episodios transitorios de rubor, eritema permanente, telangiectasias, pápulas y pústulas, con ausencia de comedones.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente de 34 años de edad sin antecedentes de interés, con un diagnóstico previo de cutis rosaceiforme para el que llevaba utilizando pimecrólimus en crema a diario al menos 1 año. Acudió por aparición de brote pustuloso centrofacial intenso desarrollado en menos de 7 días acompañado de eritema, aumento de temperatura, dolor y febrícula. Se emitió la sospecha diagnóstica de sobrecrecimiento de demodex por inmunosupresión local debida a pimecrólimus.

Evolución. Dada la velocidad de progresión del brote, se decidió iniciar tratamiento combinado con retinol e ivermectina tópicos e isotretinoína 10 mg/24 hmg, ivermectina 12 mg en dos tomas separadas una semana y azitromicina 500 mg al día, 3 días consecutivos a la semana durante 4 semanas. En los 3 primeros días desaparecieron la febrícula, el dolor y aumento de temperatura, y a los 7 días del inicio del tratamiento ya habían remitido casi todas las lesiones. Mantuvimos el tratamiento con isotretinoína 10 mg/24 h durante 6 meses para afianzar la estabilización del cuadro. Finalmente le ofrecimos a la paciente tratamiento con luz pulsada intensa para mejorar las telangiectasias residuales.

Discusión. A pesar de que la rosácea es un cuadro habitualmente leve, no debemos olvidar que es una enfermedad de carácter crónico que puede cursar con brotes intensos que pueden resultar en una disminución importante en la calidad de vida de los pacientes así como dejar cicatrices y telangiectasias permanentes con impacto en la autoestima y relaciones sociales. Por esto, creemos que es

importante el manejo de las formas más graves de esta entidad instaurando un tratamiento combinado precoz con fármacos tanto tópicos como orales.

P42. EXPERIENCIA DE USO DE UPADACITINIB ORAL EN NUESTRA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

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

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. Upadacitinib es un inhibidor de la Janus quinasa de segunda generación selectivo para JAK1. En España está aprobado su uso para dermatitis atópica (DA). En este trabajo presentamos una serie de pacientes tratados con upadacitinib en nuestra unidad de Dermatología.

Métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes de nuestra unidad en tratamiento con upadacitinib. De estos pacientes se recogieron: sexo, edad, tratamientos previos, diagnóstico, posología, tiempo de tratamiento, respuesta clínica (medido mediante BSA - Body Surface Area; EASI - Eczema Area and Severity Index; SCORAD - SCORing Atopic Dermatitis; y vIGA-AD - Validated Investigator Global Assessment scale for Atopic Dermatitis), y reacciones adversas al medicamento (RAM).

Resultados. Nuestra serie la compusieron 7 pacientes con un 42,9% de mujeres, y edad mediana de 42 años. Además de DA severa, dos pacientes presentaron alopecia areata (AA) y artritis. El tiempo mediano de evolución de la DA era de 14 años (rango 9-18), con unas medianas en las escalas de valoración de: BSA 50%, EASI 24 (grave), SCORAD 53 (grave) y vIGA-AD 4 (grave). Entre los tratamientos sistémicos previamente empleados destacaron glucocorticoides (100%), ciclosporina (100%), metotrexato (85,7%), fototerapia (71,4%), azatioprina (57,1%) y dupilumab (57,1%). El tiempo mediano de tratamiento con upadacitinib fue de 3 meses. La posología más empleada fue de 15 mg/día (57,1%). A los 3 meses de tratamiento las medianas de las escalas de valoración fueron de: BSA 4%, EASI 4 (leve), SCORAD 12 (leve) y vIGA-AD 1,5 (leve). Todos los pacientes notificaron desaparición del prurito en la primera semana de tratamiento. Los dos pacientes con AA redujeron el SALT basal > 50%. La paciente con artritis refirió remisión de las artralgias. Como RAM se detectaron dos acné leve, dos ganancias de peso, y una reactivación de VPH genital que causó una fimosis que requirió postectomía.

Discusión y conclusiones. En esta serie empleamos upadacitinib para tratar paciente con DA severa y refractaria. Nuestros resultados se superponen en términos de eficacia y seguridad a los ensayos clínicos MEASURE UP 1, MEASURE UP 2 y AD UP. Además, upadacitinib podría tener un papel en el tratamiento de la AA, sobre todo en pacientes que también presenten DA grave.

P43. PROYECTO SIDE-AEDV. SEGURIDAD EN INYECTABLES EN DERMATOLOGÍA ESTÉTICA. UNA PROPUESTA DE FUTURO

J. García Gavín^a, S. Carrasco Sánchez^b, C. Eguren Michelena^c, L. Martínez Pilar^d, J. Sánchez del Río^e, A. Viera Ramírez^f, M. Sánchez Viera^g, C. Ruiz-Villar Fernández-Bravo^h e I. García Dovalⁱ

^aGavín Dermatólogos. Vigo. ^bGrupo dermatológico Sara Carrasco. Bilbao. ^cClínica Eguren. Madrid. ^dClínica Dermacenter. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ^eClínica dermatológica Sánchez del Río. Oviedo. ^fCanarias Dermatológica. Las Palmas de Gran Canaria. ^gInstituto de Dermatología Integral. Madrid.

^hAgencia Española del Medicamento y Producto Sanitario. ⁱUnidad de Investigación. Fundación AEDV. España.

La estética médica es una de las ramas de la Medicina con mayor crecimiento en los últimos años. Se estima que hasta un 35% de la

población española es usuaria de estos servicios. Los tratamientos inyectables con materiales de relleno son de los más utilizados y su demanda es creciente a nivel mundial. A pesar de ser considerados seguros, se han descrito numerosos efectos adversos asociados a su uso que se han relacionado con las características del paciente, el medicamento o producto utilizado, la planificación del tratamiento y la técnica de inyección. La mayoría de las incidencias asociadas son leves y transitorias (25-43%), pero se han descrito también efectos adversos graves que condicionan una importante morbilidad que puede ser permanente (1%). La mayor parte de los datos recogidos de acontecimientos adversos asociados a tratamientos inyectables médico-estéticos habituales parten de estudios retrospectivos descriptivos sobre series de pacientes o de información indirecta obtenidos a partir de estadísticas de litigación. Por tanto, no existen datos homogéneos para describir la seguridad de estos productos a corto, medio y largo plazo en condiciones de práctica clínica habitual. Tampoco existe ningún sistema de vigilancia epidemiológica que permita una detección precoz de efectos adversos relevantes en sustancias recientemente introducidas en el mercado. El objetivo del registro SIDE-AEDV, en colaboración con el GEDET, la Unidad de Investigación de la AEDV y la AEMPS se crea para paliar este déficit de conocimiento. Los objetivos serían los siguientes. 1) Obtener la tasa de efectos adversos asociados a tratamientos inyectables con toxina botulínica y materiales de relleno. 2) Describir el perfil de paciente que padece estos problemas. 3) Describir las características clínicas de los diferentes efectos adversos. 4) Actuar como sistema de vigilancia epidemiológica para nuevos tratamientos introducidos recientemente en el mercado. En esta comunicación se presenta el proyecto y se describen sus principales características así como los requisitos necesarios para participar en la recogida de datos.

P44. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES RECURRENTES EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA CON TOXINA BOTULÍNICA-A: CASO CLÍNICO

A.M. Antón Márquez, T.L. Vega López, I. González Jiménez, M.J. García Gamero, V. Volo Bautista, L. Barrutia Echevarría, A.M. Carballido Vázquez, P. Manchado López y A. Mateos Mayo

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

Introducción. La esclerodermia sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune generalizada con afectación del tejido conectivo y caracterizada por disfunción vascular y fibrosis de la piel y órganos internos. El 90% de los pacientes presentan fenómeno de Raynaud (FR) y hasta un 50% úlceras digitales (UD) que en muchos casos se hacen recurrentes y de difícil control.

Caso clínico. Varón de 79 años con antecedente personal de esclerodermia limitada scl70+ con enfermedad pulmonar intersticial difusa y Raynaud grave y frecuente, complicado por úlceras recurrentes y dolor continuo en pulpejos a pesar de tratamiento con nifedipino y antiagregación. A la exploración física presenta varias lesiones ulceradas en 3 dedos de manos con reabsorción de falange distal y esclerodactilia. Dada la ausencia de respuesta a tratamientos previos se propone inyecciones con toxina botulínica A (BTX-A 100UI) en ambas palmas de manos con 6 puntos de inyección en cada una a nivel de la unión metacarpofalángica. A los 2 meses refiere una importante mejoría del dolor y úlceras algo más reepitelizadas en dedos afectados.

Conclusiones. En la ES el tratamiento del FR va dirigido a regular el desbalance vasoconstricción-vasodilatación y para ello se han empleado fármacos como los antagonistas del calcio, prostanoides y agentes antiplaquetarios. Recientemente algunos estudios han sugerido el posible efecto beneficioso de BXT-A. Dicha molécula al inhibir la transmisión de noradrenalina prevendría la vasoconstric-

ción y aumentaría el flujo sanguíneo local. Además, también reduciría el dolor asociado al disminuir la actividad de las fibras C nociceptivas bloqueando los receptores alfa-2 adrenérgicos.

Las dosis empleadas más frecuentemente son de 100 UI por mano y los puntos de inyección se han descrito sobre todo a nivel metacarpofalángico. Como efectos secundarios la debilidad muscular aparece en un 9% de pacientes asociado a concentraciones menores de BTX-A por su mayor difusión y puntos de inyección superficiales al estar más próximos los músculos intrínsecos de la mano. Se describe una mejoría significativa del dolor, disminución en la frecuencia de episodios de FR, curación de UD y prevención de su reaparición con una duración media del efecto de unos 8 meses. Por tanto el empleo de BXT-A se postula como una opción terapéutica más, con muy buenos resultados descritos hasta la fecha.

P45. TRATAMIENTO DE LA POROQUERATOSIS ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA CON COLESTEROL Y ESTATINAS TÓPICAS: UNA SERIE DE 6 CASOS

C. Barrabés Torrella, M. Iglesias Sancho, G. Melé Ninot, J. Ceravalls Sánchez, V. García Rodríguez y M. Salleras Redonnet

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

Introducción y objetivo. La poroqueratosis (PK) es un trastorno de la queratinización que se presenta en forma de pápulas o placas hiperqueratósicas de aspecto anular, con margen sobreelevado y de crecimiento centrifugo. Se ha descrito la implicación de determinados genes de la vía del mevalonato en la patogenia de la PK. Su mutación produciría una disminución de los productos finales de la vía, incluido el colesterol, y una acumulación de metabolitos tóxicos. El tratamiento de la PK es complejo y a menudo insatisfactorio. Recientemente, se ha descrito el uso de una combinación tópica de colesterol y estatinas para el tratamiento de la PK con resultados de eficacia prometedores. El tratamiento pretende inhibir la vía del mevalonato mediante el uso de una estatina, impidiendo así la formación de metabolitos tóxicos, así como suplementar el colesterol deficitario. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la eficacia y tolerancia del tratamiento con una combinación tópica de colesterol y estatinas o con estatinas en monoterapia en una serie de pacientes con poroqueratosis superficial actínica diseminada (PSAD).

Métodos. El estudio recogió una serie de 6 pacientes con PSAD tratados con lovastatina 2% en monoterapia (N = 4) o la combinación de simvastatina 2% y colesterol 2% (N = 2) aplicadas cada 12 o 24 h durante un periodo de 3 meses. Los vehículos utilizados fueron cold cream (N = 4) y emulsión O/W (N = 2). Se hizo una visita de seguimiento a los 3 meses en la que se realizó iconografía y se evaluó la respuesta terapéutica en función del eritema y el grado de hiperqueratosis.

Resultados. Cuatro de los pacientes presentaban lesiones de PSAD en las extremidades inferiores, uno en extremidades superiores y otro en ambas. Dos de los pacientes eran inmunodeprimidos. Tres de los pacientes habían recibido tratamientos previos. Todos los pacientes presentaron una disminución del eritema y el borde queratósico, siendo la respuesta completa en dos de los pacientes y parcial en cuatro. No se reportaron efectos adversos.

Conclusiones. Tanto el tratamiento tópico con estatinas y colesterol como con estatinas en monoterapia son opciones terapéuticas a considerar en pacientes con PSAD, especialmente en casos refractarios a los tratamientos clásicos. No obstante, hacen falta ensayos clínicos randomizados y con mayor tamaño muestral para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento.

P46. DERMATOSIS GRANULOMATOSAS FACIALES: RESPUESTA COMPLETA CON ISOTRETINOINA A DOSIS BAJAS

J. Mercader Salvans^a, D. Ramos Rodríguez^b, J. Algarra Sahuquillo^a, L. Santos e Silva Caldeira Marques^a, E. Fagundo González^b, M. Herrero Moyano^b y M. Rodríguez Martín^b

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias.*

^b*Servicio de Dermatología de Dermatén Clínicas. España.*

Introducción. Las dermatosis granulomatosas faciales engloban un conjunto de enfermedades caracterizadas por la aparición de pápulas faciales cuya histología muestra granulomas epitelioides de etiología no infecciosa. Dentro de estas destacamos la rosácea granulomatosa (RG), la dermatitis perioral granulomatosa (DPG), el lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) o la sarcoidosis entre otras.

Casos clínicos. Caso 1: mujer de 23 años, sin antecedentes de interés que presentaba pápulas eritemato-anaranjadas periorales de 1 año de evolución etiquetadas como DPG. Tras un ciclo de doxiciclina 100 mg y metronidazol tópico no presentó mejoría, por lo que se comenzó isotretinoína 10 mg con rápida respuesta a los 3 meses. Se completaron 6 meses de tratamiento, un año después no ha presentado recidivas. Caso 2: mujer de 27 años sin antecedentes de acné que consultaba por pápulas eritematosas, algunas anaranjadas de localización malar, frontal y mentoniana diagnosticada de RG vs. LMDF. A pesar de iniciar tratamiento con doxiciclina oral no presentó mejoría por lo que se inició isotretinoína 5 mg sin tratamiento tópico adyuvante, con respuesta completa a los 6 meses. En mejillas las lesiones curaron dejando mínimas cicatrices atróficas y eritema.

No se dispone de estudio histológico porque las pacientes rehusaron la biopsia cutánea.

Discusión. Aunque se han descrito algunas diferencias histológicas entre el LMDF, la RG y la DPG, todas pueden representar un espectro de una misma enfermedad. La dermatoscopia puede resultar útil para el diagnóstico. Las áreas amarillo-anaranjadas sin estructura pueden ser una pista para el diagnóstico de las dermatosis granulomatosas faciales, sin embargo el gold standard sigue siendo el estudio histológico. Actualmente no existen guías estandarizadas para el manejo de las dermatosis granulomatosas faciales. Las tetraciclinas suelen ser la primera línea terapéutica y se han propuesto otros tratamientos como el metronidazol oral y tópico, macrólidos, el peróxido de benzoilo o la terapia fotodinámica, entre otros. La isotretinoína ha demostrado buenos resultados en casos aislados de RG, DPG y LMDF.

Conclusiones. Presentamos dos casos de dermatosis granulomatosas faciales con buena respuesta a isotretinoína a dosis bajas destacando la importancia del diagnóstico y el tratamiento precoz con el fin de evitar cicatrices.

P47. PENFIGOIDE AMPOLLOSO CON RESPUESTA SATISFACTORIA A OMALIZUMAB

V. García-Rodríguez^a, G. Melé-Ninot^a, C. Barrabés-Torrella^a, J. Arandes-Marcocci^a, M. T. Fernández-Figueras^b y M. Salleras-Redonnet^a

^a*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirón Salud. Barcelona.*

^b*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Cataluña. Sant Cugat del Vallés. Barcelona. España.*

Introducción y objetivo. El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente. El uso de fármacos fuera de ficha técnica, cada vez más usual, beneficia a un subgrupo de pacientes con PA resistente a los tratamientos clásicos. Omalizumab ha demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz y segura en estos casos.

Descripción del caso. Varón de 96 años sin RAMC, con antecedentes de HTA, DLP, cardiopatía isquémica revascularizada, HBP y ERC. Recibía tratamiento con carvedilol, losartán, hidroclorotiazida, simvastatina y AAS, sin introducción de fármacos nuevos. Presentaba ampollas tensas generalizadas compatibles histológicamente con PA, así como una determinación positiva de IgG anti-BP180 en suero. Debido a la evolución tórpida con brotes frecuentes y generalizados pese a glucocorticoides (GC) tópicos y sistémicos, se decidió tratar con doxiciclina 100 mg/día vía oral durante 4 meses con respuesta parcial y metotrexato 7,5 mg/semana, suspendido por mala tolerancia. En julio de 2021 se inició tratamiento con omalizumab 300 mg/4 semanas que finalmente se intensificó a 450 mg/4 semanas, con el que el paciente presentó una desaparición casi total de nuevas ampollas y del prurito. Actualmente continúa recibiendo omalizumab y persiste un control casi completo, sin efectos adversos reseñables.

Discusión. El papel de la IgE dirigida frente a los antígenos BP180 y BP230 de la unión dermoepidérmica es un descubrimiento relativamente reciente en la patogenia del PA. Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une selectivamente a la IgE circulante. La eficacia de omalizumab en el PA está avalada por revisiones sistemáticas con hasta un 84% de respuestas completas, si bien sigue siendo un fármaco off-label en el tratamiento de esta enfermedad. Aunque rituximab tiene una eficacia similar, el perfil de seguridad de omalizumab es superior en los pacientes con varias comorbilidades y/o inmunosupresión.

Conclusiones. El tratamiento con omalizumab en el PA supone una alternativa eficaz y segura en aquellos pacientes que presentan un curso recalcitrante de la enfermedad con terapias clásicas. Esto es especialmente importante en el paciente anciano, comórbido y/o inmunocomprometido, escenario casi constante en el PA. Aun así, se necesitan ensayos clínicos aleatorizados para evaluar la eficacia y seguridad de omalizumab en PA.

P48. TRATAMIENTO DE HIPOMELANOSIS GUTTATA IDIOPÁTICA MEDIANTE LA APLICACIÓN TÓPICA DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Merino Molina, G. Guillermo Garriga Martina, A. Carmona Oliveira, P. Navarro Guillamón, A. Medina Fernández y E. Herrera Acosta

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

Introducción y objetivo. La hipomelanosis guttata idiopática es un trastorno de la pigmentación de la piel caracterizado por la aparición de múltiples máculas blancas, redondeadas, bien delimitadas y de tamaño habitualmente menor a un centímetro. Aparecen más frecuentemente en personas de edad avanzada, sobre áreas que han sufrido una fotoexposición crónica, como la cara anterior de miembros superiores e inferiores, parte alta de espalda y escote. Pese a las múltiples opciones terapéuticas, ninguna se ha mostrado verdaderamente eficaz y su manejo continúa siendo un desafío. Como objetivo, se valora la respuesta de la hipomelanosis guttata al tratamiento con ácido tricloroacético tópico a una concentración del 50%.

Métodos. Se procede a la aplicación de ácido tricloroacético al 50% sobre lesiones hipopigmentadas en cara anterior de miembros superiores compatibles con hipomelanosis guttata, en una paciente de 64 años que no ha recibido tratamiento previo.

Se aplica mediante torunda de algodón sobre áreas afectas y 1 mm de piel perilesional, hasta la aparición del fenómeno de frosting, que ocurre habitualmente a los 30 segundos. Este procedimiento se realiza en una única sesión. Posteriormente, se pauta ácido fusídico de forma tópica cada 12 horas durante 10 días, para prevenir la sobreinfección y minimizar las molestias locales. Al décimo día, se recomienda exposición solar durante 10 minutos diarios, con la intención de favorecer la repigmentación en las zonas tratadas.

Resultados. Transcurridas 6 semanas, se aprecia una resolución del 80% de las lesiones previas, siendo el resultado muy satisfactorio. El

procedimiento ha sido muy bien tolerado por la paciente, presentando únicamente eritema y descamación leve, que ha mejorado tras la aplicación de ácido fusídico. No se han notificado complicaciones.

Conclusiones. La aplicación de ácido tricloroacético al 50% es una opción eficaz, económica, fácil y segura en el tratamiento de la hipomelanosis guttata idiopática.

Como resultado, se ha alcanzado una repigmentación del 80%, sin la aparición de complicaciones. El riesgo de sobreinfección y molestias locales se han controlado de forma satisfactoria con la aplicación de ácido fusídico. Por tanto, consideramos que se trata de un procedimiento eficaz en el manejo de esta alteración, que a menudo presenta una respuesta limitada al arsenal terapéutico disponible.

P49. LA APLICACIÓN DE POMADA DE COLAGENASA COMO PRETRATAMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS HIPERQUERATÓSCAS

L. Mascarell Escrivá, F. Mayo Martínez, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, O. Sanmartín Jiménez y C. Serra Guillén

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento ampliamente utilizado en dermatología. Probablemente su indicación más reconocida es el tratamiento de las queratosis actínicas (QA), aunque su efectividad se puede ver reducida en las QA hiperqueratósicas al dificultar la penetración del fotosensibilizante y la luz. Por ello, con frecuencia se recomienda realizar un pretratamiento de la hiperqueratosis, que puede realizarse mediante queratolíticos como el ácido salicílico al 10% o la urea al 40%, o mediante métodos físicos como curetaje, afeitado superficial o la ablación con láser.

La pomada de colagenasa 1,2 UI y otras enzimas proteolíticas 0,24 UI está indicada en el desbridamiento químico de tejidos necróticos en úlceras cutáneas. Dada esta capacidad, se planteó la posibilidad de que también fuera efectivo como pretratamiento de las QA hiperqueratósicas grado 2-3 según la clasificación clínica de Olsen.

Métodos. En nuestro centro hemos empleado la pomada de colagenasa en 20 pacientes como pretratamiento de la TFD, aplicándolo una vez por la noche durante las 3 semanas anteriores.

Resultados. Hemos observado que se trata de un tratamiento efectivo que permite reducir el componente hiperqueratósico de las QA, eliminando la necesidad de realizar tratamientos mecánicos que son dolorosos y mal tolerados por el paciente. La aplicación de la pomada es bien tolerada, no dolorosa, no induce erosiones cutáneas, irritación ni otra clínica cutánea secundaria a su aplicación.

Conclusiones. En conclusión, proponemos la pomada de colagenasa 1,2 UI y otras enzimas proteolíticas 0,24 UI como pretratamiento a la TFD en el tratamiento de las QA hiperqueratósicas que permite eliminar la hiperqueratosis y la necesidad de emplear otros métodos que pueden resultar molestos o dolorosos al paciente.

P50. MALFORMACIONES GLOMUVENOSAS MÚLTIPLES CONGÉNITAS TRATADAS CON ÉXITO MEDIANTE LÁSER VASCULAR MULTIPLEX

S. Becerril Andrés^a, L. Revelles Peñas^a, D. Revilla Nebreda^a, D. Rodríguez Baeza^a, M. Martins Lopes^a, Á. Santos-Briz Terrón^b y S. Blanco Barrios^a

^aServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. Las malformaciones glomuvenosas (MGV), antes conocidas como glomangiomas, son un subtipo de malformaciones

venosas simples poco frecuentes constituidas por una proliferación de células glómicas alrededor de canales venosos distorsionados. Se deben a una mutación heterocigota en la línea germinal del gen de la glomulina, de transmisión autosómica dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable. Pueden ser congénitas o adquiridas; solitarias o múltiples. Clínicamente son nódulos azules o violáceos, parcialmente compresibles y dolorosos a la palpación. No suele existir afectación visceral ni articular, pero ocasionalmente invaden músculo o mucosa oral. Se han empleado diversos tratamientos para los glomangiomas múltiples: cirugía, escleroterapia, radiofrecuencia y diferentes láseres, siendo el Nd-YAG considerado el de referencia. Presentamos dos casos de MGVM múltiples confirmadas histológicamente y tratadas con láser vascular Multiplex.

Casos clínicos. Dos pacientes, de 20 y 35 años, fueron remitidas a nuestra consulta por lesiones congénitas localizadas en brazo izquierdo y mama derecha respectivamente. Ninguna asociaba lesiones a otros niveles ni clínica sistémica. A la exploración presentaban papulonódulos agrupados de entre 3 y 25 mm azul-violáceos, semicompresibles y dolorosos a la palpación. Ante la sospecha de malformaciones venosas se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico de glomangiomas. En el primer caso se realizó además una resonancia magnética del brazo que mostró una profundidad de la lesión de 14mm, con afectación muscular. Se buscó un enfoque no quirúrgico mediante láser vascular Multiplex y, tras varias sesiones, se logró un excelente resultado en ambos casos, con remisión a largo plazo de las lesiones y sin efectos adversos graves.

Discusión. El sistema de láser Multiplex combina secuencialmente el láser de colorante pulsado (PDL), que tiene una penetración aproximada de 1 mm, con el láser Nd-YAG, que suele alcanzar los 5-6 mm de profundidad. El primer pulso de PDL permite la reducción de oxihemoglobina a metahemoglobina, incrementando la absorción del segundo disparo de Nd-YAG. Además permite disminuir la fluencia del segundo disparo, con la consiguiente reducción del dolor, edema y cicatrices. Nuestra experiencia apoya la efectividad y seguridad del láser Multiplex en el manejo de los glomangiomas múltiples.

P51. INDICACIÓN DE LIFTING DE CEJA EN EL PACIENTE CON BLEFAROPLASTIA DEL PÁRPADO SUPERIOR. SERIE DE CASOS

A. Suárez Valle^{a,b}, A. Rodríguez Villa^{a,c}, D. Vega Díez^{a,c} y J.M. Ricart Vaya^a

^aInstituto Médico Ricart de Madrid. ^bHospital Ramón y Cajal. ^cHospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

El área periorbitaria es una de las más afectadas por el envejecimiento. La migración caudal del tejido periorbitario, incluyendo las cejas, ocasiona molestias tanto funcionales como estéticas a nuestros pacientes. Con el paso de los años la posición relativa de la ceja respecto al anillo orbitario se vuelve ptósica, generando un exceso lateral de párpado superior que nos otorga una expresión de tristeza. Se considera ptosis de ceja cuando la distancia de piel desde la ceja al borde del párpado es menor de 10 mm. Existen varias alternativas quirúrgicas para corregirlo, desde las tradicionales abiertas hasta las más modernas endoscópicas. Ninguna de ellas ha demostrado superioridad. La mayoría de los pacientes que acuden solicitando una blefaroplastia superior tienen un componente de ptosis de la ceja con o sin asimetría asociada. Ante un paciente con un exceso de piel del párpado superior, debemos valorar si este exceso se debe a una caída de la posición de la ceja o si solo es por laxitud de la piel. Además, si presenta una caída de ceja, debemos cerciorarnos si esta es solo por flacidez o si hay una pérdida de volumen en el área fronto-temporal

con pérdida de soporte del ROOF (retro orbicularis oculi fat pad) que podría mejorarse con la infiltración de ácido hialurónico. Ante una caída de la ceja sin una pérdida de volumen llamativa, podremos conseguir unos buenos resultados con el lifting de ceja directo. En nuestra experiencia, en el 80% de los casos combinados con la blefaroplastia del párpado superior para un resultado más duradero.

Presentamos una serie de 13 pacientes sometidas a blefaroplastia asociada a lifting de ceja directo entre los años 2015-2021. Se trata de un procedimiento relativamente sencillo y con un resultado predecible durante la planificación quirúrgica. Con una incisión oblicua en la piel, se extirpa bilateralmente justo encima de la ceja una elipse de 0,7-1,5 cm de altura dependiendo de la necesidad del paciente. La disección debe realizarse cuidadosamente por encima del músculo frontal, evitando el daño del paquete neurovascular supraorbitario. La alta tasa de satisfacción de esta cirugía y la baja tasa de complicaciones, hace que esta técnica quirúrgica deba jugar un papel fundamental para optimizar el resultado de las blefaroplastias superiores en los pacientes correctamente seleccionados.

P52. REDUCCIÓN DE LAS CICATRICES ATRÓFICAS POSTACNEICAS MEDIANTE LA ADMINISTRACIÓN TRANSEPIDÉRMICA DE UNA SOLUCIÓN ESTÉRIL CON POLINUCLEÓTIDOS

R. Pigem^a y L. Luis^b

^aHospital Clínic de Barcelona. ^bUnidad Médica de Mesoesthetic Pharma Group. Barcelona. España.

Introducción y objetivo. El acné es una condición inflamatoria caracterizada por la obstrucción del conducto pilosebáceo debido a la acumulación de grasa, asociada a la hiperqueratinización y a la colonización bacteriana. El 90% de los pacientes con acné severo presentan cicatrices atróficas o hipertróficas. Las más comunes son las cicatrices atróficas, que consisten en depresiones donde previamente se ha producido la inflamación y degradación de las fibras de colágeno. Según sus características morfológicas, se dividen en tres clases: ice-pick, rolling y box-car. Las rectangulares también pueden ser superficiales o profundas. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad de una solución de polinucleótidos mediante microneedling en la reducción de las cicatrices atróficas después de un cuadro de acné.

Métodos. Entre junio-diciembre de 2019, se realizó un estudio clínico con 7 voluntarios de ambos sexos de entre 17 y 54 años, y cicatrices postacné rolling y box-car. Se realizaron 6 sesiones cada 15 días y un control final a los 15 días. En cada sesión se aplicaron 5 ml de una solución que contenía polinucleótidos, silicio orgánico, extracto de *Chlorella vulgaris* y darutósido sobre las cicatrices, que fueron vehiculizadas mediante microneedling, a 1 mm y a 1,5 mm de profundidad, según la zona. Se realizó registro fotográfico, VISIA Facial Analyser, mediciones ecográficas, escala GAIS y encuestas de satisfacción.

Resultados y conclusiones. Se obtuvieron resultados muy evidentes en cuanto al tamaño y apariencia de las cicatrices. Los datos ecográficos evidenciaron una reducción media de la anchura de la cicatriz del 50,43% y un relleno tisular de la lesión cicatricial después de 45 días. En ningún caso se produjeron reacciones cutáneas relevantes, salvo un leve eritema transitorio en algunos casos aislados derivados de la técnica y que se resolvieron espontáneamente. El 100% de los voluntarios repetirían el tratamiento y lo recomendarían si fuera necesario. Se ha demostrado que este tratamiento es eficaz y seguro para la mejora del aspecto de las cicatrices atróficas, con datos ecográficos que demuestran la disminución del tamaño y sugieren la neocolagénesis después de 45 días.

P53. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DOS DOSIS DE ONABOTULINUMTOXINA EN EL TRATAMIENTO DE LA PROMINENCIA DEL MÚSCULO MASETERO: RESULTADOS A 6 MESES DEL ESTUDIO ALEATORIZADO, PLACEBO CONTROL, FASE 2B

C. Hunt^a, S. Fabi^b, D. Jones^c, B. Biesman^d, A. Rivkin^e, J. Garcia^f, T. Brandstetter^g, G. Pan^h, B. Bowenⁱ, E. Lee^j y M.F. Brin^k

^aDepartamento Médico de Allergan. ^bCosmetic Laser Dermatology. San Diego. CA. ^cSkin Care and Laser. Los Angeles. CA. ^dPrivate Practice. Nashville. TN. ^eWestside Aesthetics. Los Angeles. CA. ^fAllergan Aesthetics, an AbbVie Company. Irvine. CA. ^gUniversity of California. Irvine. CA. EE. UU.

Objetivo. Evaluar la eficacia y seguridad de la onabotulinumtoxina comparada con placebo en el tratamiento de la prominencia del músculo masetero (MMP).

Métodos. Los adultos con MMP bilateral de grado 4 (marcado) o 5 (muy marcado) en la escala de MMP de 5 grados evaluada por el médico (MMPS), recibieron onabotulinumtoxina 72 U, 48 U o placebo. El criterio principal de valoración de la eficacia, fueron los participantes que lograron un grado ≤ 3 en la MMPS el día 90. Los participantes con un grado ≤ 3 en el MMPS y MMPS del participante (MMPS-P) y los participantes que lograron un grado ≥ 2 en la autoevaluación de cambio del participante (PSAC) fueron evaluados hasta el día 180.

Resultados. De 150 participantes asignados al azar, 34 (22,7%) discontinuaron (12 [8,0%] debido a COVID-19). La población con intención de tratar modificada incluyó a 145 participantes (edad media 39,3 años; IMC medio 24,1 kg/m²; 89,7% mujeres; 75,9% blancos). Las tasas de respuesta de MMPS y MMPS-P fueron más altas para onabotulinumtoxina 72 U y 48 U que para placebo en los días 90 (MMPS: 91,3% y 90,6% vs. 21,7%; MMPS-P: 93,5% y 96,2% vs. 47,8%; ambos $P < 0,0001$) y 180 (MMPS: 71,7% y 56,6% vs. 26,1%; MMPS-P: 87,0% y 86,8% vs. 60,9%; ambos $P < 0,01$). Más participantes con onabotulinumtoxina 72 U y 48 U alcanzaron un grado PSAC ≥ 2 que con placebo en los días 90 (73,9% y 90,6% vs. 21,7%; $P < 0,0001$) y 180 (76,1% y 66,0% vs. 28,3%; $P < 0,001$). Los eventos adversos relacionados con el tratamiento se presentaron en los grupos de 72 U y 48 U de onabotulinumtoxina (12,2% y 9,4%) vs. ninguno en el grupo de placebo; la mayoría fueron leves.

Conclusiones. Un solo tratamiento de onabotulinumtoxina (72 U y 48 U) redujo el MMP y mejoró el contorno facial inferior hasta por 6 meses. Ambos grupos de dosis demostraron perfiles de seguridad favorables.

P55. BENEFICIO DE DERMOCOSMÉTICOS CON CERAMIDAS EN SU COMPOSICIÓN COMO COMPLEMENTO EN DERMATITIS ATÓPICA, PSORIASIS Y XEROSIS

C. Abbad-Jaime de Aragón, E. Berna Rico y Á. González Cantero

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

Introducción. La dermatitis atópica (DA), la psoriasis y la xerosis cutánea son motivo de consulta frecuentes en dermatología. La implementación de hábitos de higiene e hidratación con productos adaptados ha demostrado su beneficio científicamente en las pieles que presentan alteración de la barrera cutánea.

Objetivo. Objetivo principal: evaluación del beneficio del uso de rutina con 3 ceramidas (I, III y VI-2) en producto de higiene y cuidado dermatocósmético de forma diaria. Se utilizaron diferentes escalas en función de la patología: SCORAD (DA), PASI (psoriasis crónica en placa) y EVA (xerosis), respondida por el médico.

Objetivos secundarios. Análisis de síntomas (prurito, escozor/ardor y dolor), evaluación de calidad de vida (DLQI), tolerancia y satisfacción del paciente.

Metodología. Estudio multicéntrico, prospectivo de intervención, en mayores de edad: DA SCORAD < 40 , psoriasis crónica en placas PASI < 10 y xerosis leve a moderada; distribuidos en 3 grupos. Recogida de datos por parte de los facultativos, 2 visitas: basal (D0) y final (D4 semanas) tras uso de limpiador hidratante 1/día y crema corporal al menos 1/día, ambos con ceramidas esenciales.

Resultados. N final = 312 pacientes; 109 DA, 97 psoriasis, 106 xerosis. El 42,6% tenían tratamiento previo (41,3% tópico y 9% sistémico) y sin modificación a otro tratamiento en el 86,9% de los pacientes. SCORAD (n = 91) -19,38 puntos (D0 31,65 [SD12,32]/D4 12,27 [SD10,81]; $p < 0,001$). PASI (n = 71), -2,77 puntos (D0 4,43 [SD4,74]/D4 1,66 [SD2,11]; $p < 0,001$). Xerosis (n = 94) mejoría en todos los parámetros ($p < 0,001$): sequedad, descamación, rugosidad, prurito, ardor/escozor, dolor y eritema. En el conjunto (n = 203) se observó mejoría de calidad de vida en 3,22 puntos ($p < 0,001$). El 96,23% de los pacientes (n = 292) encontraron la rutina satisfactoria o altamente satisfactoria.

Conclusiones. En nuestro estudio, las rutinas dermatocósméticas (higiene + hidratación diaria) con ceramidas se han mostrado efectivas y bien toleradas como complemento al tratamiento de la DA, la psoriasis y la xerosis cutánea, logrando una significativa reducción de los signos y síntomas de los pacientes con un alto grado de satisfacción y una mejoría de su calidad de vida.

P56. TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA EPITELOIDE CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Á. Ayén Rodríguez, M.J. Naranjo Díaz, J.M. Llamas Molina, Á. Prados Carmona, J.P. Velasco Amador y R. Ruiz Villaverde

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

El hemangioma epiteloide es un tumor vascular benigno que aparece principalmente en cabeza y cuello de adultos jóvenes, lo que deriva en la necesidad de usar tratamientos que no generen cicatrices inestéticas. Presentamos el caso de un varón de 37 años derivado a nuestra Unidad de Láser por presentar 3 pápulas eritematosas en labio superior con diagnóstico histopatológico de hemangioma epiteloide. Las lesiones fueron tratadas con láser de colorante pulsado (LCP) a 7 mm, 0,5 ms, 7 J, en 2 sesiones separadas por dos meses, consiguiendo una resolución de las mismas sin efectos secundarios remarcables.

Discusión. El hemangioma epiteloide o hiperplasia angioloide con eosinofilia es un tumor vascular benigno poco frecuente, que se presenta en adultos jóvenes sin predilección por sexo o etnia. Clínicamente se presenta en forma de pápulas o nódulos rojizos o marrones localizados preferentemente en región periauricular, frente y cuero cabelludo. Puede ser asintomático o asociar prurito, dolor o hemorragias. A nivel histológico se observan proliferaciones vasculares con células endoteliales hipertróficas que sobresalen en la luz, junto a un infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos y eosinófilos. Aunque se han descrito casos de remisión espontánea, la opción terapéutica más usada es la escisión quirúrgica, siendo además la de menor tasa de fracaso terapéutico según una revisión sistemática. Se han descrito, entre otros, diversos tratamientos tópicos como los corticoides o el timolol, físicos con crioterapia, TFD o incluso radioterapia, y sistémicos como la dapsona o el metotrexato. Se han usado diferentes láseres, de manera individual o combinados, con diferentes beneficios y limitaciones. En un inicio se probaron los láseres de CO₂, argón y vapor de cobre, pero presentaban alto riesgo de cicatrices e hipopigmentación postratamiento. El LCP minimiza este riesgo gracias a su fototermólisis selectiva, ya que su longitud de onda de 585 o 595 nm diatiza la hemoglobina dentro de las estructuras vasculares. Esto deriva en un alto porcentaje de respuestas completas o parciales sin efectos

adversos significativos. Algunos casos comunicados han usado el láser Nd:YAG (1064 nm), ya que su longitud de onda mayor permite una penetración más profunda (5-6 mm), aunque requiere fluencias más altas con un mayor riesgo de efectos secundarios como atrofia o cicatrices.

P57. ANGIOFIBROMAS FACIALES EN CONTEXTO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (ET) TRATADOS CON ÉXITO CON RAPAMICINA TÓPICA AL 0,4%

J.A. Pujol-Montcusí, A. Sánchez-Puigdollers, M.M. Cordellat-Martínez, N. Mohino-Farré, J.D. Cánovas-García, C. Martín-Callizo, L. Pastor-Jané y M. Just-Sarobé

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción. Presentamos un caso de angiofibromas faciales en contexto de esclerosis tuberosa tratados con éxito con everolimus tópico al 0,4% dos veces al día.

Caso clínico. Una mujer de 22 años, diagnosticada de esclerosis tuberosa (ET) con epilepsia y trastorno del desarrollo intelectual, en tratamiento con antiepilépticos, consultaba por angiofibromas faciales. Se le formuló everolimus 0,4% en emulsión O/W, 2 veces al día. La paciente mostró mejoría progresiva tras 4 meses de tratamiento, con franca disminución del número y el tamaño de las lesiones, y con excelente tolerancia. Se suspendió el tratamiento por pérdida de seguimiento, pero se reanudó un año más tarde, con persistente mejoría progresiva al cabo de 9 meses de tratamiento.

Discusión. La ET es una genodermatosis autosómica dominante, causada por mutaciones en los genes TSC1 y TSC2, que codifican la hamartina y la tuberina, respectivamente. Estas proteínas son inhibidoras de mTOR, el cual media el crecimiento y la proliferación celular. Clínicamente se caracteriza por la formación de tumores hamartomatosos en múltiples órganos. Los angiofibromas son las lesiones cutáneas predominantes en pacientes con ET mayores de 5 años. A pesar de ser benignos, pueden causar estragos psicológicos por el impacto estético que conllevan, además de posibles complicaciones como el sangrado. Pueden tratarse con láser, afeitado, dermoabrasión, electrocirugía y criocirugía. Sin embargo, son técnicas dolorosas, que a menudo requieren anestesia general y que pueden dejar cicatrices. La aplicación tópica de inhibidores de mTOR como everolimus (rapamicina) ha demostrado ser eficaz en la reducción del número y tamaño de estas lesiones, pero sin efectos adversos sistémicos. Puede producir irritación y sequedad cutáneas. Se puede formular en crema, gel, pomada o solución (este último, más irritante), en concentraciones entre 0,1% y 1%. No están bien establecidas la concentración ni la posología adecuadas, no obstante, se ha demostrado mayor efectividad con concentraciones más altas, aunque se acompañan de mayor absorción sistémica. Suele pautarse 2 veces al día y está descrita la pauta diaria para el mantenimiento posterior.

Conclusiones. La aplicación de everolimus tópico al 0,1-1% es un tratamiento eficaz y seguro para el tratamiento de los angiofibromas en contexto de ET.

P58. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY CON TOXINA BOTULÍNICA A

M. González Cañete, E.L. Pinto Pulido, E. García Verdú, I. Polo Rodríguez y S. Medina Montalvo

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

Introducción. La enfermedad de Hailey-Hailey (EHH) o pénfigo benigno familiar es una dermatosis acantolítica autosómica dominan-

te caracterizada por la aparición recurrente de lesiones vesiculosas y erosivas en regiones intertriginosas.

Caso clínico. Mujer de 53 años que consulta por presentar desde hace 6 meses lesiones en axilas dolorosas y que producen escozor. Aporta biopsia realizada en otro centro con diagnóstico de EHH. Se inicia corticoterapia tópica sin mejoría. Debido a la persistencia de molestias se inyecta toxina botulínica A (TBA) intralesional, 50 UI en cada axila, tras la reconstitución de un vial de 100 UI de toxina en 5mL de suero salino al 0,9%. La técnica fue bien tolerada, con mejoría de las lesiones cutáneas durante 6 meses con pérdida progresiva de la eficacia.

Discusión. La EHH se produce por mutaciones en el gen ATP2C1 (cr 3q22.1) que codifica una proteína cuya función es el transporte de calcio y manganeso en el aparato de Golgi. La mutación da lugar a una pérdida de adhesión de los queratinocitos en el estrato espinoso. Esta acantólisis se ve agravada por la fricción, calor y sudoración. El enfoque terapéutico en la EHH implica el control de la inflamación cutánea, las sobreinfecciones y de los factores exacerbantes. Sin embargo, no existen estudios clínicos aleatorizados ni guías terapéuticas sobre su manejo. Se han descrito tratamientos, entre otros, con corticoides tópicos, intralesionales u orales, inhibidores de la calcineurina, ciclosporina, metrotexato, tetraciclina, retinoides, láser ablativo CO₂, dermoabrasión e inyecciones con TBA. La inyección de TBA (en misma pauta de tratamiento que para la hiperhidrosis) reduce la sudoración y la maceración de las lesiones pudiendo ser una alternativa eficaz. Desde el primer caso publicado en el 2000 por Lapiere et al. distintos autores la han utilizado con este fin. En un ensayo abierto con 36 participantes describen mejorías sostenidas en el 58% de los pacientes. Por otro lado, una revisión sistemática publicada recientemente, en la que se incluyen 16 estudios (n 38) reporta remisiones completas o parciales en todos los pacientes menos uno.

Conclusiones. Las lesiones de EHH suelen producir dolor y por lo tanto afectan de forma negativa a la calidad de vida de nuestros pacientes. LA TBA es segura y puede ser una alternativa eficaz.

P59. GRANULOMAS PIÓGENOS TRATADOS CON SAL: NUESTRA EXPERIENCIA

I. Hiltun Cabredo, M. Fernández Parrado, I. Ibarrola Hermoso de Mendoza, C. Miguel Miguel, A. Larumbe Irurzun y J. I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción y objetivo. Hasta la actualidad el granuloma piógeno no goza de un tratamiento de elección, empleándose múltiples técnicas con esa finalidad: cirugía, láser, aplicación tópica de imiquimod; con distintos grados de eficacia. Recientemente y tras la publicación de la utilidad de la sal para el tratamiento de los granulomas umbilicales, se ha ensayado el uso de la misma para el tratamiento del granuloma piógeno, con una elevada eficacia, efectos adversos escasos y una cicatrización residual mínima.

Métodos. Descripción del tratamiento realizado en nuestros pacientes, su evolución y complicaciones.

Resultados. Todos nuestros pacientes presentaron resolución completa del granuloma piógeno tras la aplicación de sal en oclusión durante una media de 7 días (2-11 días), con mínima cicatrización residual. A pesar de que el tiempo de seguimiento es corto, hasta el momento ninguno de los pacientes ha presentado recidiva. Como único efecto adverso reseñable, un paciente refirió un leve escozor tras la aplicación inicial de la sal que cedía de forma espontánea tras pocos segundos.

Conclusiones. Acorde con lo publicado hasta el momento, el tratamiento tópico de los granulomas piógenos con sal en oclusión parece ser una opción terapéutica efectiva, con un riesgo de cicatrización mínimo y escasos efectos adversos.

P60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LIQUEN ESCLEROATRÓFICO: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

A. Gil Villalba, M.J. Naranjo Díaz, Á. Ayén Rodríguez, L. Linares González, M.D. Pegalajar García y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción y objetivo. El liquen escleroatrófico (LEA) genital es una enfermedad muy limitante e infradiagnosticada que padecen mujeres generalmente posmenopáusicas. El tratamiento de primera línea son los corticoides tópicos de elevada potencia; la evidencia existente para otras terapias como el láser CO₂ es escasa. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y la afectación de la calidad de vida de las pacientes con LEA derivadas a la Unidad de Láser de nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo en el que se reclutaron aquellas pacientes derivadas a la nuestra unidad con diagnóstico clínico y/o histológico de LEA. Se recogieron variables demográficas y clínicas de cada paciente. Además, previo al tratamiento, se valoró el grado de afectación en la calidad de vida mediante el cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI), la función sexual a través del Female Sexual Function Index (FSFI) y la afectación psiquiátrica en términos de depresión con Beck Depression Inventory (BDI). Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos mediante proporciones, medias y desviaciones estándar.

Resultados. El número de pacientes incluidas fue de 50 mujeres con una edad media de 58,96 años. El 82% eran posmenopáusicas y el 4% había recibido terapia hormonal sustitutiva. El 20% tenía intervenciones quirúrgicas ginecológicas [histerectomía (n = 2), asociada a anexectomía (n = 3), ovariectomía (n = 2) o cirugía de las sinequias vulvares secundarias (n = 2)]. El tiempo de evolución medio de la enfermedad fue de 6,93 años, el 98% había realizado tratamiento con propionato de clobetasol y el 32% con tacrólimus 0,1%. El 56% de la muestra presentaba biopsia confirmatoria, el 2% había malignizado a carcinoma epidermoide de vulva. El resultado medio de los cuestionarios rellenados fue EVA dispareunia = 8,29, EVA prurito = 7,55, EVA dolor = 6,23, DLQI = 11,05, FSFI = 11,4, BDI = 18,1. Clínicamente el 76% presentaban leucoplasia, el 54% estrechamiento del introito, 40% afectación perianal, 54% erosión y fisuración y el 84% fusión de labios menores.

Conclusiones. Las pacientes derivadas a nuestra Unidad de Láser son en su mayor parte mujeres posmenopáusicas que a pesar de la corticoterapia tópica de larga duración continúan presentando sintomatología importante secundaria al LEA con afectación en su calidad de vida.

P61. TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE KAPOSÍ CON TIMOLOL TÓPICO: COMUNICACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

L. Barrutia, E.L. Garabito Solovera, V. Volo, A.M. Carballido Vázquez, A.M. Antón Márquez, T. Vega López, I. González, M.J. García Gamero y P. Manchado López

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

Caso clínico. Una paciente de 44 años, natural de Colombia, con antecedente de sarcoma de Kaposi asociado a VIH, fue derivada a nuestra consulta para valoración de tratamiento de múltiples lesiones eritematovioláceas en la región facial. Refería que las lesiones eran asintomáticas, pero que le producían mucho malestar psicológico por su apariencia estética. Había recibido tratamiento quimioterápico con doxorubicina y con paclitaxel, con toxicidad

cutánea y gastrointestinal, y una mejoría muy discreta del sarcoma de Kaposi a nivel cutáneo. A la exploración física, presentaba múltiples lesiones eritematovioláceas, infiltradas, en la región facial, clínicamente compatibles con su enfermedad. Se realizó una biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico. Debido a la mala tolerancia anterior, Oncología descartó la posibilidad de iniciar de nuevo un tratamiento sistémico. Por lo tanto, se decidió iniciar tratamiento de las lesiones con timolol tópico al 0,5% en colirio, administrando 1 gota cada 12 horas en las dos lesiones más visibles. La paciente acudió a revisión al mes, y se observó una mejoría importante. Se continuó el tratamiento de las mismas dos lesiones durante dos meses más, hasta volverse prácticamente imperceptibles, y se indicó a la paciente que podía iniciar tratamiento de otras lesiones faciales de forma rotatoria, sin superar la dosis diaria pautada.

Discusión. Existen 8 estudios sobre el tratamiento de las lesiones cutáneas del sarcoma de Kaposi con timolol tópico en la literatura previa, con un total de 13 pacientes. En 6 de los estudios la concentración utilizada fue el 0,5%, y en uno de ellos el 0,1%, mientras que en el estudio restante no se especificó la dosis empleada. La duración media del tratamiento fue 12 semanas, y en la mayoría de los casos se aplicaba cada 12 horas. Ocho pacientes presentaron una respuesta completa, 4 pacientes una respuesta parcial, y un paciente no respondió al tratamiento. No se observaron efectos adversos del tratamiento en ningún caso, y 7 estudios no observaron recurrencias en un plazo medio de seguimiento de 12 semanas.

Conclusiones. En conclusión, el timolol tópico es un tratamiento seguro y efectivo para las lesiones cutáneas del sarcoma de Kaposi, y debe ser considerado en pacientes que no sean susceptibles de tratamiento sistémico.

P62. TERAPIA FOTODINÁMICA; UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL ACNÉ QUELOIDEO DE LA NUCA

I. Gracia-Darder^a, A. Giacaman^a, A. Llull Ramos^a, D. Ramos^b, E. Vanrell Buse^a, C. Martorell^a y J. Garcías-Ladaria^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Introducción. El acné queloideo de la nuca (AQN) es una alopecia cicatricial infrecuente, que puede resultar de complejo manejo debido a la recurrencia y refractariedad de los tratamientos convencionales. Presentamos una serie de 3 pacientes con AQN tratados con terapia fotodinámica.

Material y métodos. Se revisan los pacientes con AQN tratados con terapia fotodinámica del Hospital Universitario Son Espases entre enero de 2019 y septiembre de 2022.

Resultados. Presentamos una serie de 3 pacientes varones afectados de AQN, 2 de raza afroamericana y 1 caucásica, con una edad media de 28 años. Los 3/3 pacientes habían realizado tratamiento previo con corticoides tópicos, antibióticos tópicos y orales (doxiciclina), 1/3 retinoides tópicos, 2/3 isotretinoína. Realizaron de media 5,7 sesiones de TFD irradiando con una fuente de luz roja basada en LED de 635 nm (BF-RhodoLED[®], Biofrontera Pharma, Alemania). En 1 paciente se inició TFD con luz de día pero dada la escasa mejoría de las lesiones se cambió a TFD convencional. En 1/3 se realizaron 2 sesiones con infiltración dérmica de solución de intrALA al 1%. El 66% de los pacientes refieren una considerable mejoría de las lesiones, con desaparición de las pústulas, reducción del eritema, inflamación y supuración de las pápulas y lesiones queiloideas, mientras que en 1 de los pacientes la mejoría fue discreta.

Discusión. El acné queloideo de la nuca es una alopecia cicatricial muy infrecuente, corresponde al 0,5% de todas las alopecias, pre-

dominando en hombres (88%) y afectando más frecuentemente a la raza africana. El tratamiento tiene como objetivo disminuir la inflamación para prevenir el desarrollo de lesiones queloides y la posterior alopecia cicatricial. Los esquemas de tratamiento carecen de evidencia de ensayos clínicos y se basan en series de casos. Se recomienda evitar la fricción, irritación y el afeitado repetido. El tratamiento de primera línea son los corticoides tópicos, junto con antibióticos o retinoides tópicos. También se recomienda el tratamiento con tetraciclinas para formas moderado-severas. La isotretinoína, la fototerapia, el láser ablativo y la cirugía son alternativas terapéuticas propuestas. No hemos encontrado reportes de casos previos tratados con TFD. Presentamos 3 pacientes con AQN tratados con TFD, obteniendo en 2 de ellos una remisión temporal de la enfermedad.

P63. INFECCIÓN CUTÁNEA POR *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS* ASOCIADO A MESOTERAPIA

M. González-Olivares^a, M.M. Carralón-González^b,
L. Ortega-Martínez de Victoria^c,
M.J. García-Fernández de Villalta^a, D. Ruiz-Genao^a,
E.R. Martínez-Lorenzo^a y B. Navarro-Vidal^a

Servicio de ^aDermatología, ^bMedicina Interna y ^cAnatomía Patológica. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Madrid. España.

Introducción. La aparición de complicaciones tras procedimientos estéticos supone un reto diagnóstico en nuestras consultas.

Caso clínico. Mujer de 39 años sin antecedentes de interés. Consultó por una lesión en el glúteo de 2 meses de evolución que se desarrolló en la zona donde había recibido un tratamiento de mesoterapia lipolítica un año antes. Se había realizado tratamiento con drenaje quirúrgico sin beneficio. El resultado de los cultivos había sido negativo. En la exploración, se observaba en la región glútea izquierda, una placa infiltrada de 70 x 50 mm, eritemato-violácea, con bordes irregulares, con un orificio fistuloso y un nódulo eritemato-edematoso en uno de los polos laterales de la lesión. El estudio histopatológico mostró granulomas localizados en dermis reticular baja y tejido celular subcutáneo con necrosis central. Con técnicas de PAS, Giemsa y Ziehl-Neelsen no se observaron microorganismos. El cultivo microbiológico de la biopsia resultó positivo para *Mycobacterium abscessus* subespecie masiliense. Se consultó con el servicio de enfermedades infecciosas de nuestro centro que instauró tratamiento ajustado al antibiograma con amikacina, claritromicina y linezolid durante 6 meses con resolución completa de las lesiones.

Discusión. La mesoterapia es un procedimiento cada vez más extendido y demandado en nuestro medio y no está exento de complicaciones. *M. abscessus* es una especie perteneciente al grupo de micobacterias de crecimiento rápido que se encuentra ampliamente distribuida en la naturaleza y puede contaminar material quirúrgico y soluciones inyectables. La infección cutánea por este patógeno presenta una incidencia creciente y suele estar relacionada con traumatismos, inyecciones, acupuntura, tatuajes o técnicas quirúrgicas. Se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Su resistencia a antibióticos complica el tratamiento por lo que se recomienda que este sea instaurado por un especialista en enfermedades infecciosas, especialmente en los casos secundarios a subespecies de *M. abscessus* portadoras de un gen inducible de resistencia a macrólidos.

Conclusiones. Las infecciones cutáneas por micobacterias deben sospecharse tras procedimientos estéticos como la mesoterapia en lesiones inflamatorias que no responden a los tratamientos habituales. El papel del dermatólogo en su diagnóstico resulta clave en muchas ocasiones.

P64. TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO COMBINADO PARA EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES AURICULARES: SERIE DE 5 CASOS

A. Carmona Oliveira, R.M. Castillo Muñoz, J.A. González Saavedra, R. Bosch García, J. Alonso Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

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

Introducción y objetivo. El pabellón auricular es una de las zonas con mayor tendencia a la formación de queloides, sin embargo, no existe un tratamiento estandarizado que proporcione buenos resultados. Por ello, llevamos a cabo este estudio para evaluar la eficacia del tratamiento médico y quirúrgico combinado.

Métodos. El tratamiento combinado realizado consistía en rebajar la lesión y electrocoagular la base con bisturí eléctrico monopolar a 18-25 vatios de potencia bajo anestesia local con mepivacaína al 2%. Posteriormente, en el mismo acto, realizamos infiltración con jeringa de insulina de 0,5 cc y aguja de 30G de 9 partes de 5-fluorouracilo (5-FU) y 1 parte de triamcinolona acetónido (TA). Citamos a las pacientes en sucesivas consultas de revisión cada 4-6 semanas en las que procedíamos a infiltrar de nuevo 5-FU y TA en diferentes concentraciones, disminuyendo progresivamente la de 5-FU y aumentando la de TA (8/2, 7/3, 6/4, 5/5).

Resultados. Incluimos un total de 5 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de 24 años (DE 6,78). Todos los queloides eran exofíticos y se encontraban localizados en la región posterior del hélix en 3 pacientes, en la región lateral del hélix en una paciente y en otra de ellas atravesaba el hélix localizándose tanto por la parte anterior como por la posterior. El tamaño medio era de 21,6 mm (DE 14,3). Tras el tratamiento todas las pacientes presentaron una pequeña ulceración en la zona que se curó en unas 3 semanas sin otras complicaciones. No hubo otros efectos adversos. Tras el periodo de seguimiento de 4 meses ninguna paciente ha presentado recaída de la lesión inicial, refiriendo todas ellas una gran satisfacción con el tratamiento.

Conclusiones. Presentamos esta combinación de tratamiento quirúrgico y médico para el abordaje de los queloides en pabellón auricular que podría tratarse de una opción eficaz, segura y con bajas tasas de recidiva. No obstante, serían necesarios más estudios con mayor tiempo de seguimiento y mayor número de pacientes que apoyaran estos resultados.

P65. SEGURIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON RISANKIZUMAB Y TUBERCULOSIS LATENTE. SERIE DE CASOS

M.D. Benedicto Maldonado, P.J. Navarro Guillamon, G.G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

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

Introducción y objetivo. Tradicionalmente los fármacos biológicos han demostrado favorecer el riesgo de infecciones, y reactivar infecciones latentes, como tuberculosis (TBC), debido a su efecto inmunosupresor. Sin embargo, algunos fármacos como risankizumab, anticuerpo monoclonal humanizado anti-IL-23 empleado en el tratamiento de la psoriasis, ha demostrado en algunos estudios presentar bajo riesgo de reactivación de TBC latente. El objetivo del estudio es analizar el riesgo de reactivación de TBC latente en pacientes en tratamiento con risankizumab, sin quimioprofilaxis previa con isoniazida (INH) previa.

Métodos. Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes tratados con risankizumab por psoriasis moderada-severa en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, con TBC latente que inician el tratamiento con risankizumab sin quimioprofilaxis previa.

Resultados. De un total de 48 pacientes en tratamiento con risankizumab, 16 presentaron TBC latente. De estos, 10 pacientes reci-

bieron quimioprofilaxis, 9 de ellos previa a otra terapia biológica. Seis pacientes no recibieron quimioprofilaxis por presentar hipertransaminasemia secundaria a inicio de INH. Ninguno de los pacientes que no realizó quimioprofilaxis ha presentado reactivación de TBC latente durante el periodo de tratamiento con risankizumab (un año en el caso de 5 pacientes y dos años en uno).

Conclusiones. Pese a que en ficha técnica se recomienda quimioprofilaxis de TBC latente, recientes estudios como el IMMhance trial, demuestran seguridad del fármaco en pacientes con TBC latente que no han recibido quimioprofilaxis. Por lo que en pacientes con TBC latente, no candidatos a quimioprofilaxis, que requieran inicio de terapia biológica para el control de la psoriasis, risankizumab parece ser una opción terapéutica eficaz y segura.

P66. TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA CON TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL. UNA SERIE DE CASOS

M.C. Matej, A. Navarro Bielsa, M. Almenara Blasco, L. Bernal Masferrer, M. García Gil, T. Gracia Cazaña e Y. Gilaberte Calzada

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

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de la piel que generalmente afecta a zonas intertriginosas y que consiste en la aparición de múltiples nódulos inflamatorios, abscesos y fístulas, que afectan considerablemente la vida de quienes la padecen. Las opciones de tratamiento de primera línea incluyen antibióticos tópicos y sistémicos, terapia antiandrogénica, fármacos biológicos, el láser Nd:YAG o la cirugía. La terapia fotodinámica (TFD) es una modalidad terapéutica basada en el uso de fotosensibilizantes y una fuente de luz de adecuada longitud y a dosis suficiente para destruir las células que los absorben. Sin embargo, también parece tener propiedades antimicrobianas e inmunomoduladoras, siendo por esta razón útil en enfermedades en las que tanto la inmunidad como los gérmenes intervienen, como la HS. En una revisión sistemática reciente, la TFD intralesional mediante un láser diodo intralesional de 630 nm conectado a una fibra óptica (Multidiode™ 630 PDT, LasAX630 de INTERmedic) y ácido δ-aminolevulínico (ALA) del 1 al 5 % fue la modalidad de TFD que mejores resultados obtuvo en el tratamiento de la HS, con un grado de recomendación B y un nivel de evidencia II/III. Aportamos nuestra experiencia con 10 pacientes (6 hombres y 4 mujeres) diagnosticados de HS y tratados con TFD intralesional, con ALA 2% en gel o solución. La media de edad fue de 56,4 años y 6 de ellos estaban recibiendo tratamiento biológico. Las zonas tratadas fueron axilas (6 pacientes), ingles (3 pacientes) y glúteos (1 paciente). La mediana de sesiones recibidas fue 1 con un rango 1-3. El 90% de pacientes obtuvo respuesta, siendo completa en el 50% de los casos. La terapia fracasó en un solo paciente. Los efectos adversos más frecuentes fueron dolor durante la sesión e inflamación. Como conclusión, la TFD intralesional con ALA 2% es un tratamiento efectivo en el tratamiento de abscesos y fístulas, complementario a cualquiera de las terapias utilizadas.

P67. TRATAMIENTO DE ATROFIA TRAS INFILTRACIÓN DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA EN REGIÓN FACIAL CON INYECCIONES DE SUERO FISIOLÓGICO

A. Medina Fernández, G.G. Garriga Martina, M. Contreras Steyls, J.A. Suárez Pérez, E. Martínez García y E. Herrera Acosta

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

Caso clínico. Mujer de 26 años consulta por lesión deprimida en mejilla derecha de 2 x 0,8cm y 2 mm de profundidad. La lesión

apareció 3 semanas después de infiltración de corticoide intralesional para tratar un quiste facial. La infiltración se había realizado con 0,5 ml de acetónido de triamcinolona diluido 1/3 con suero fisiológico. La paciente fue diagnosticada de atrofia cutánea inducida por corticoides y se decidió tratamiento con inyecciones de suero salino fisiológico. En la primera sesión se inyectaron 5 ml de suero salino con una jeringa de 5cm³ y aguja de 30G en la dermis profunda hasta conseguir blanqueamiento. Las sesiones se repitieron semanalmente hasta un total de 4 sesiones. A las 5 semanas se observó gran mejoría de la zona atrófica sin presentar ningún efecto adverso. En posteriores revisiones se ha mantenido el efecto sin necesidad de más infiltraciones.

Discusión. El acetónido de triamcinolona es ampliamente empleado de forma intralesional en dermatología. Su uso se ha relacionado con varios efectos adversos: paniculitis, alteración en la pigmentación, atrofia, etc. El éster acetónido presenta menor solubilidad por lo que se ha asociado con mayor producción de atrofia/lipoatrofia. La atrofia cutánea se observa como áreas deprimidas en ocasiones asociadas a vasos dilatados o hipopigmentación. En la histología de las áreas atróficas se han observado cristales de corticosteroides y su disminución se ha correlacionado con mejoría de la atrofia. Se han empleado numerosos tratamientos para revertir la atrofia producida, siendo uno de ellos la inyección periódica de suero salino fisiológico. El mecanismo de acción radica en su capacidad para producir aclaramiento progresivo de los cristales de corticoide acumulados. La forma de realización consiste en inyectar varios mililitros (entre 2-10) de suero salino (dependiendo del tamaño de la atrofia) hasta conseguir blanqueamiento de la zona. Se realizan varias sesiones separadas por 1-2 semanas hasta revertir la atrofia. Como efectos secundarios puede producirse edema local que se resuelve en 2-3 horas. El efecto suele mantenerse a largo plazo sin necesidad de repetir el tratamiento.

Conclusiones. La inyección intralesional de suero salino fisiológico ha demostrado ser una alternativa eficaz, segura y económica en el tratamiento de la atrofia cutánea inducida por infiltración de corticoides.

P68. REACCIÓN GRANULOMATOSA A ÁCIDO HIALURÓNICO EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN TRAS LA INFECCIÓN POR COVID-19

A. Llull Ramos^a, I. Gracia Darder^a, J. del Pozo Hernando^a, M.C. Montis Palos^a, R. Perelló Alzamora^a y C. Saus Sarrias^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

Mujer de 51 años con enfermedad de Crohn en remisión. Tratada con azatioprina hasta hacía 2 años. Acudió a dermatología por edema en los pómulos, el mentón y el surco nasogeniano, además de nódulos en la mucosa labial interna. Fue positiva para COVID-19 tres días antes del inicio de los síntomas. Refería haberse inyectado ácido hialurónico (AH) en esas localizaciones hacía 2 meses. Tomó prednisona oral y se le administraron inyecciones de hialuronidasa intralesional sin mejoría. En la biopsia se evidenció la presencia de un denso infiltrado inflamatorio granulomatoso en dermis, rodeando acúmulos de material basófilo, intensamente positivo para azul alcian, y PAS negativo, de tipo AH. No se evidenciaron microorganismos con PAS, Grocott o Ziehl Neelsen. Se orientó como una reacción granulomatosa no necrotizante a ácido hialurónico, como posible patología de la enfermedad de Crohn. Se pautó doxiciclina oral, y continuó con inyecciones de hialuronidasa y una dosis de acetónido de triamcinolona intramuscular. Al mes se resolvió. Las reacciones tardías (RT) a AH son infrecuentes y pueden presentarse hasta meses después de la inyección. Las infecciones pueden ser desencadenantes. Se han descrito casos tras la vacuna y la enfermedad por COVID-19. La presencia de biopelículas en la superficie de los rellenos de AH, las moléculas o impurezas o la desintegración

del producto reticulado pueden influir en el desarrollo de reacciones granulomatosas a AH. Las RT a AH son reacciones de hipersensibilidad tipo IV que podrían desencadenarse por la activación macrofágica que provocan las infecciones víricas. La ecografía es útil en el diagnóstico de granuloma a cuerpo extraño por relleno. Como en nuestro caso, se observan imágenes ovaladas hipoecoicas, de bordes irregulares, con zonas hiperecoicas en el interior. Los granulomas pueden mostrar un infiltrado linfocítico muy denso con abundantes eosinófilos y numerosas células gigantes que a menudo contienen material amorfo basófilo (AH). Las RT a AH se han tratado con corticoides orales, hialuronidasa intralesional, antihistamínicos y otros fármacos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. También se han descrito casos autolimitados. Presentamos un caso de reacción granulomatosa a AH desencadenada por la infección del COVID-19 en una paciente con enfermedad de Crohn que mejoró con doxicilina oral.

P69. TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS SEVERA, NUESTRA EXPERIENCIA

C. Tienza Fernández, A. Medina Fernández, G. G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez y Enrique Herrera Acosta

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

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia con pacientes con psoriasis severa en tratamiento con tildrakizumab en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo con 26 pacientes en tratamiento con tildrakizumab. Analizamos los controles realizados en semana 12 y 28 para determinar el PASI y la presencia de efectos adversos.

Discusión. Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige selectivamente a la subunidad p19 de la interleucina 23 (IL-23), lo que inhibe la interacción de IL-23 con su receptor. Actualmente en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital hay 26 pacientes tratados con tildrakizumab; 8 de ellos son hombres (30,8%) y 18 son mujeres (69,2%). La puntuación PASI media antes del inicio del tratamiento con tildrakizumab fue de 11,7. Los tratamientos previos a los que se habían sometido los pacientes incluyeron agentes antifactor de necrosis tumoral (TNF): adalimumab, etanercept; interleucina, inhibidores de la interleucina 17 (IL-17): secukinumab, ixekizumab e inhibidores de IL-23: ustekinumab. Dos pacientes abandonaron el tratamiento: uno de ellos por ineficacia primaria y el otro interrumpió por sí mismo debido a la pérdida durante el seguimiento. Después de realizar el análisis de datos, se observó que en la semana 12, el 79% de los pacientes alcanzó PASI 75 y el 29% logró PASI 90. En la semana 28, el 85% de los pacientes alcanzó PASI 75 y el 58 % logró PASI 90. No se encontraron eventos adversos graves: neoplasias o infecciones.

Conclusiones. Tildrakizumab ha demostrado ser un fármaco eficaz en el tratamiento de pacientes con psoriasis severa, especialmente aquellos que previamente lograron una respuesta completa con otro inhibidor de IL-23 (ustekinumab).

P71. UTILIZACIÓN DE LATANOPROST TÓPICO EN EL VITÍLIGO PERIORAL

A. Andamoyo Castañeda, P. Navarro Guillamón, G. Garriga Martina, A. Carmona Oliveira y E.Herrera Acosta

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

Introducción y objetivo. Paciente de 19 años sin antecedentes de interés que acudió a consulta por lesión a nivel peribucal de 2 años de evolución. A la exploración se apreció una mancha despigmenta-

da perioral asintomática que predominaba en la comisura derecha, junto a leucotriquia de la barba en dicha localización. No mostraba otras lesiones objetivables en el resto del tegumento. Se diagnosticó clínicamente de vitiligo localizado focal perioral. Una analítica sanguínea que incluyó hemograma, vitamina B12, vitamina B9, TSH, T4L resultó anodina con valores dentro de los rangos normales. El objetivo fue tratar de forma tópica para repigmentar la zona afectada.

Métodos. Se pautó fórmula magistral constituida por latanoprost al 0,005% en gel fluido acuoso, indicándose la aplicación cada 24 horas por la noche durante 2 meses.

Resultados. En la revisión, la repigmentación clínica fue completa tanto de la piel como del pelo; sin embargo, la utilización de luz de Wood reveló de color amarillento-blancuecino la persistencia de la lesión perioral.

Conclusiones. El vitiligo es una entidad causada por la destrucción o hipofunción de los melanocitos. La causa exacta se desconoce; existen tres hipótesis de su patogenia (citotóxica-bioquímica, neurológica y autoinmune). Respecto al tratamiento incluimos corticoides, inhibidores de la calcineurina, PUVA, UVB de banda estrecha, láser y análogos de la vitamina D entre otros. En el proceso de melanogénesis los rayos ultravioleta inducen un recambio de fosfolípidos de membrana del queratinocito y fibroblasto generando prostaglandinas (E2 y f2alfa). La unión de estas prostaglandinas con los receptores del melanocito activa la enzima tirosinasa, fundamental en la síntesis de melanina. Latanoprost es un análogo de la prostaglandina F 2alfa utilizado en el tratamiento del glaucoma en forma de colirio. La tricomegalia, la hiperpigmentación del iris y de la piel del párpado son efectos conocidos de dicho tratamiento. Se ha utilizado en forma de gel acuoso al 0,005% dos veces al día durante 3 meses en el vitiligo periocular con buenos resultados frente a placebo y tasas de respuesta superiores a tacrolimus. Hasta la fecha no hemos encontrado la utilización de latanoprost en vitiligo perioral en la literatura, aportamos un caso con buen resultado clínico como alternativa terapéutica.

P72. SERIE DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADAS-GRAVE TRATADOS CON DUPILUMAB EN NUESTRO CENTRO

M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón, R. Román Cheuque, A. Claudio Oliva, R. Mendoza Albarrán, L. Aguilar González, G. Gallo Pineda y M. Linares Barrios

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la interleucina-4 y la interleucina-13 aprobado para su uso en dermatitis atópica (DA) en España desde finales del 2019. Presentamos la serie de pacientes con DA tratados con dupilumab en nuestra unidad de Dermatología.

Métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes de nuestra unidad que habían recibido en algún momento tratamiento con dupilumab con indicación para DA entre diciembre 2018 y agosto 2022. De estos pacientes se recogieron: sexo, edad, tratamientos previos, comorbilidades, posología, tiempo de tratamiento, respuesta clínica (medido mediante Eczema Area and Severity Index [EASI]; SCORing Atopic Dermatitis [SCORAD] y Dermatology Life Quality Index [DLQI]); y reacciones adversas al medicamento (RAM).

Resultados. La serie se compuso de un total de 57 pacientes con un 42,1% de mujeres y una edad media de 38,2 años (desviación típica [DT] de 14,5 años). El 57,88% de la serie presentaba DA desde antes de los 11 años de edad con una media de 15,7 años de evolución de la enfermedad (DT 6,9 años). Sus principales comorbilidades fueron asma bronquial (40,35%), rinitis (29,82%) y aler-

gias (40,1%). Entre los tratamientos previos destacaban el uso de corticoides tópicos u orales en el 100% de los casos, ciclosporina en el 94,73%, metrotexato en el 64,9% y azatioprina en el 26,31%. La media de meses bajo tratamiento con dupilumab entre dicho periodo fue de 10,9 meses (DT 8,8 meses). El valor medio de las escalas al inicio del tratamiento fueron EASI 32,39 (DT 11,06), SCORAD 60,3 (DT 10,9) y DLQI 19,6 (DT 6,7). El 78,94% de los pacientes presentó eficacia para el control de su DA hasta el momento actual. El valor medio de las escalas calculadas en la última visita de pacientes con dupilumab fueron EASI 7,8 (DT 9,4), SCORAD 16,7 (DT 18,7) y DLQI 19,6 (DT 6,7). Dentro de las RAM destacaron síntomas oculares en un 21,05% de los pacientes, no notificándose RAM graves.

Discusión y conclusiones. Presentamos los resultados observados en el uso de dupilumab en pacientes con DA grave-moderada en la práctica médica diaria de nuestro servicio de dermatología, destacando en el uso real del medicamento su alta eficacia y seguridad. Dichos resultados son comparables a los observados en ensayos clínicos con intención de tratar.

P73. GRANULOMATOSIS OROFACIAL REFRACTARIA TRATADA CON ÉXITO CON LÁSER DE CO₂

A. Taibo Martínez, Á. González González, W. Martínez Gómez y J. del Pozo Losada

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción y objetivo. La granulomatosis orofacial es un desorden inflamatorio cuyo mecanismo fisiopatogénico es todavía desconocido. Agrupa distintas entidades como son la queilitis granulomatosa y el síndrome de Melkersson-Rosenthal.

Recientemente, se ha publicado una revisión sistemática en la que se recogen los distintos tratamientos empleados en las granulomatosis orofaciales siendo los corticoides intralesionales e inmunosupresores las terapias más empleadas. El objetivo de este trabajo es presentar una nueva modalidad de tratamiento bien tolerada y con un buen resultado cosmético.

Caso clínico. Varón de 40 años que fue remitido por aumento progresivo del volumen del labio inferior de 2 años de evolución. No se acompañaba de parálisis facial ni presentaba alteraciones linguales. Tampoco síntomas gastrointestinales. Se realizó una biopsia del labio, confirmando la presencia de granulomas no caseiformes. Se solicitaron además una radiografía de tórax y una analítica con ECA, que fueron normales. De acuerdo con la clínica y el estudio histopatológico, se estableció el diagnóstico de queilitis granulomatosa y se iniciaron infiltraciones con acetónido de triamcinolona a 10 mg/ml. A pesar de una buena respuesta inicial, la recidiva fue cada vez más rápida y la lesión se fue extendiendo hacia la comisura labial y mentón, presentando una placa infiltrada de 4 x 2cm bajo el labio inferior. Dada la pérdida de eficacia de los corticoides intralesionales y el avance antiestético de la lesión, se decidió realizar láser de CO₂ ablativo. Tras dos sesiones de laserterapia separadas 2 meses, se obtuvo un resultado estético excelente.

En el seguimiento posterior durante 6 meses, no se ha observado recidiva.

Conclusiones. El tratamiento de las granulomatosis orofaciales no está estandarizado pues solo existen pequeñas series de casos publicadas. Se trata además de una entidad de difícil manejo al presentar frecuentes recidivas. La terapia con láser CO₂ en la granulomatosis orofacial no ha sido reportada hasta la fecha, aunque sí se han empleado láseres de Er, Cr:YSGG para tratar una granulomatosis intraoral, y de neón en una serie de casos de síndrome de Melkersson-Rosenthal. El láser de CO₂ puede ser una opción bien tolerada y resolutive en aquellos pacientes con granulomatosis orofacial que no han respondido a las infiltraciones con corticoides.

P74. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO PARA EL REJUVENECIMIENTO DEL CUELLO

L. Martos Cabrera^a, B. Butrón Bris^a, A. Reolid Perex^a, A. Reymundo^a, A. Fernández^a y M. Fernández^b

^aHospital Universitario de la Princesa. ^bGrupo Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción. El rejuvenecimiento no quirúrgico de la piel del cuello es un área en crecimiento significativo con aparentemente innumerables nuevas técnicas en desarrollo. La elección óptima del tratamiento depende de las expectativas y el estilo de vida del paciente así como de la anatomía y el estado de la piel; lo que es necesario conocer las diferentes técnicas disponibles. Nuestro objetivo es revisar dichas técnicas.

Métodos. Revisión sistemática de la literatura de los artículos publicados en Pubmed entre los años 2010 a 2022.

Resultados. Los pacientes con laxitud cutánea mínima, pero con bandas platismales dinámicas pueden beneficiarse de las inyecciones de toxina botulínica. La piel leve a moderadamente laxa se puede tratar con ultrasonido microfocalizado o radiofrecuencia con microagujas. Tanto el daño solar significativo como la laxitud pueden tratarse con láseres ablativos fraccionados. Las opciones para la grasa submentoniana preplatismal incluyen radiofrecuencia percutánea, radiofrecuencia-plasma de helio, inyecciones de ácido desoxicólico y criolipólisis. De estos, la radiofrecuencia percutánea tiene la mayor satisfacción del paciente y la menor tasa de complicaciones.

Conclusiones. El rejuvenecimiento del cuello no quirúrgico puede brindar resultados notables al estimular el colágeno mediante energía térmica y el proceso de curación. Con una evaluación y un diagnóstico detallados de cada paciente, los planes de tratamiento se pueden optimizar. Estas opciones terapéuticas, que permiten un menor tiempo de recuperación y no precisan anestesia general, abordan directamente la anatomía de cada persona y los aspectos que envejecen el cuello, por lo que conducen a pacientes satisfechos que regresan.

P75. NUEVAS INDICACIONES PARA DUPILUMAB

F. Millán Parrilla, M. Velasco Pastor, E. Quecedo Estébanez, C. Fernández Romero, N. Gálvez Díez, V. Pont Sanjuan, V. Dios Guillán y E. Gimeno Carpio

Servicio de Dermatología. Unidad de Enfermería. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Varón de 19 años controlado por epidermólisis ampollosa distrófica recesiva (EADR) en varios centros hospitalarios (Hospital de Albacete, Hospital La Paz de Madrid) y actualmente en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia por cambio de residencia. Se inició tratamiento con dupilumab con mejoría objetiva y subjetiva de su clínica. La EADR es un trastorno hereditario ampollosa raro causada por mutaciones en el gen COL7A1 tipo VII del colágeno que conduce a la formación de ampollas en la superficie cutáneo-mucosa que provoca fragilidad con erosiones, úlceras, y pérdidas corporales, alopecia y distrofia ungueal. Cualquier órgano limitado o cubierto por piel se encuentra en riesgo potencial de afectación (ojos, avidad oral y aparatos digestivo, genitourinario y respiratorio). El desarrollo de múltiples carcinomas espinocelulares cutáneos es primera causa de fallecimiento. El tratamiento se centra primariamente en la prevención de las ampollas, el cuidado de las heridas y el tratamiento de las infecciones y de las complicaciones extracutáneas. El tratamiento sistémico ha incluido fenitoína, tetraciclina, eritromicina, gentamicina, y talidomida o ciclosporina para el alivio sintomático de la EAD pruriginosa. La terapia proteica (proteína colágeno VII), diversas estrategias celulares (células madre mesenquimales) y génicas parecen prometedoras. Recientemente se ha

comunicado el beneficio del uso de dupilumab en pacientes con EADR y una IgE elevada en el control del prurito como nuestro caso. La asistencia multidisciplinaria y apoyo al amplio rango de necesidades que tienen los pacientes con EA y sus familias durante toda la vida obligan a seguir la búsqueda de tratamientos que mejoren en cualquier aspecto la calidad de vida de estos pacientes.

P77. EFECTIVIDAD TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA

I. Hiltun Cabredo^a, I. Martínez de Espronceda Ezquerro^b, A. Aramburu González^c, M. Meruelo Ruano^d e I. Vicente Sánchez^e

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario de Navarra.

^bHospital de San Pedro. ^cHospital Universitario de Cruces.

^dHospital Universitario Basurto. ^eHospital Universitario de Galdakao. España.

Introducción. La dermatitis atópica es una enfermedad crónica, multifactorial, que se caracteriza por una respuesta T helper 2 pro-

minente. El dupilumab es el primer tratamiento biológico aprobado para esta entidad, demostrando una muy buena eficacia y efectos adversos aceptables en ensayos clínicos y en estudios a corto plazo en vida real.

Material y métodos. Presentamos una cohorte multicéntrica de 94 pacientes diagnosticados de dermatitis atópica moderada-severa y describimos su respuesta a dupilumab tras 52 semanas de tratamiento.

Resultados. La respuesta a dupilumab medida en parámetros como el SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) y EASI (Eczema Area Severity Index) fue satisfactoria. También se objetivó una mejoría sustancial en resultados percibidos por los pacientes (DLQI, prurito e insomnio). Los efectos adversos reportados son escasos, siendo la conjuntivitis seca el más frecuente y objetivándose una necesidad mínima de tratamientos asociados.

Conclusiones. En línea con estudios previos realizados en práctica clínica real el dupilumab muestra una efectividad satisfactoria en pacientes con dermatitis atópica severa y moderada, con un perfil aceptable de efectos adversos.