



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO TRICOLOGÍA

24ª Reunión Nacional del Grupo Español de Tricología y Onicología de la AEDV Palma de Mallorca, 17 al 19 de octubre de 2024

COMUNICACIONES ORALES

Comunicaciones orales I

1. PERFIL ECOGRÁFICO Y ANALÍTICO EN CELULITIS DISECANTE: ESTUDIO DESCRIPTIVO BICÉNTRICO DE 13 PACIENTES

F.J. Rodríguez Cuadrado^a, Á. Hermosa Gelbard^b,
D. Buendía Castaño^b, C. Martínez Mera^a, D. Saceda Corralo^b,
G. Roustán Gullón^a, S. Vañó Galván^b y F. Alfageme Roldán^a

Dermatología. ^aHospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Antecedentes y objetivo. La literatura respecto al uso de la ecografía y al perfil analítico en celulitis disecante es escasa. El objetivo es realizar una primera aproximación descriptiva al perfil ecográfico y analítico de estos pacientes.

Métodos. Estudio descriptivo transversal bicéntrico (Hospital Puerta de Hierro y Hospital Ramón y Cajal). Se incluyen 13 pacientes con diagnóstico de celulitis disecante, en los que se realiza en el mismo día entrevista clínica, exploración física, estudio ecográfico y análisis de sangre con bioquímica y hemograma.

Resultados. A nivel epidemiológico, 12 de los 13 fueron varones (92,3%), y el rango de edad fue 20-54 años (media 39,7). Ocho eran fumadores activos (61,5%), y 2 exfumadores (15,4%).

La mayoría (10/13, el 76,9%) presentaban celulitis disecante cicatricial (grado III de Lee et al., 2018). Además, casi la mitad, 6 de 13 (46,1%), sufrían hidradenitis supurativa. Ecográficamente, destaca la presencia de trayectos fistulosos en casi todos los pacientes (12/13, el 92,3%), los cuales con frecuencia consistían en fistulas complejas o que alcanzaban hipodermis. No resulta reseñable que en ninguno de ellos las fistulas eran identificables a nivel clínico, y solo en 1 se identificó absceso en la exploración clínica. Otros hallazgos fueron la presencia de líneas hiperecoicas (10/13, el 76,9%), ensanchamiento folicular (5/13, el 38,5%) y aumento de vasculari-

zación en Doppler potencia (6/13, el 46,1%). En cuanto al estudio analítico, los hallazgos más destacables fueron los referentes al perfil lipídico: 6/13 (46,1%) mostraban hipercolesterolemia, y 6/13 (46,1%) niveles bajos de colesterol HDL. También es llamativa la presencia de leucocitosis en 4 pacientes (30,8%), así como hemoglobina alta en 4 pacientes (30,8%). La proteína C reactiva solo se encontraba en cifras > 10 mg/l en 3 pacientes (23,1%).

Conclusiones. La ecografía puede resultar una herramienta diagnóstica de gran utilidad en la celulitis disecante, ya que, de forma similar a lo que ocurre con la hidradenitis supurativa, puede evidenciar fistulas y otras lesiones activas en pacientes que, a nivel clínico, aparentaban una menor gravedad o un mejor control de la enfermedad. Asimismo, puede ser interesante un despistaje analítico de comorbilidades como hipercolesterolemia. Es necesario hacer más estudios que determinen el alcance clínico de este hallazgo.

2. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DEL MINOXIDIL ORAL A DOSIS BAJAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA EN PACIENTES DE 65 AÑOS O MÁS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 322 PACIENTES

M. González Ramos^a, J. Jiménez Cauhé^a, A. Imbernón Moya^b,
V. Balaguera Orjuela^c, Á. Hermosa Gelbard^a, C. Pindado Ortega^a,
D. Buendía Castaño^a, R. Gil Redondo^d, J. Naharro Rodríguez^a,
F.J. Pérez Bootello^a, L.A. Pérez González^a, D. Saceda Corralo^a
y S. Vañó Galván^a

Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. ^bHospital Severo Ochoa. Leganés. ^cCentro de investigación ICMR. Grupo Pedro Jaén. ^dHospital Universitario La Paz. Madrid. España.

El minoxidil oral a dosis bajas (LDM) es uno de los tratamientos más prescritos para la alopecia. Numerosos estudios respaldan su seguridad y efectividad en la población general, pero existen datos limitados sobre su uso en la población mayor con comorbilidades. El objetivo de este estudio fue describir la seguridad de LDM en pacientes de 65 años o más. Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes de 65 años o más tratados con LDM para cualquier tipo de alopecia.

Se incluyeron 322 pacientes (297 mujeres y 24 hombres) con una edad media de 70,95 años (65-91). La dosis se ajustó en 67 pacientes, permitiendo el análisis de 399 dosis. La dosis media fue de 1,05 mg y la duración media de 24,2 meses. El 62,1% presentaron una o más comorbilidades, principalmente hipertensión arterial (HTA) (26,7%). El 25,2% estaban recibiendo uno o más antihipertensivos. Se detectaron efectos adversos (EA) en un 17,3%, siendo la hipertrichosis el más frecuente (13,5%). Se reportaron EA sistémicos en un 5,7%, principalmente taquicardia (2%), retención de líquidos (1,8%) y mareos (1%). Se requirió reducción de dosis y suspensión en 24 y 11 casos respectivamente. El EA más frecuente que llevó a la retirada fue la taquicardia. La hipertrichosis fue la causa más frecuente de reducción de la dosis ($p < 0,001$). Todos los EA mejoraron con la disminución o suspensión del LDOM y no se detectaron EA graves. Solo 4 pacientes requirieron ajuste o suspensión del tratamiento antihipertensivo. Los pacientes con HTA tuvieron más frecuencia de EA ($p = 0,029$) y mareos ($p = 0,03$), específicamente aquellos bajo tratamiento con bloqueadores de los receptores de angiotensina ($p = 0,008$) y betabloqueantes ($p = 0,01$). Los pacientes con antecedentes de arritmias tuvieron mayor frecuencia de taquicardia (8% vs. 1,6%; $p = 0,02$). El género, la edad y la formulación farmacéutica no se asociaron con la frecuencia de EA ni con la suspensión del LDOM. Tomar LDOM cada dos días se asoció con una mayor frecuencia de taquicardia (7,1% vs. 1,4%; $p = 0,01$) y necesidad de ajuste o suspensión ($p = 0,016$). El tratamiento con LDOM mostró un buen perfil de seguridad en pacientes mayores. Los EA sistémicos fueron ligeramente más frecuentes que en la población general, especialmente la taquicardia. Sin embargo, el ajuste o la discontinuación del LDOM se requirió en un número reducido de pacientes y no se detectaron EA graves.

3. LESIONES “VASCULITIS-LIKE” TRAS TRASPLANTE CAPILAR MEDIANTE TÉCNICA FUE: REPORTE DE 10 CASOS

M. Mir Bonafè^a, J.M. Mir Bonafè^b, J. Mir Bonafè^b,
M. Rubio Lombrana^c, A. Gómez Zubiaur^d, Á. Hermosa Gelbard^e,
R. Pigem Gasos^f y Á. Santos-Briz Terrón^g

^aDermatología. Hospital Universitari Son Espases y Tricología Mir.

^bDermatología. Tricología Mir. Palma de Mallorca. Illes Balears.

^cDermatología. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Urduliz.

^dVizcaya. ^eInstituto Médico Ricart. ^fHospital Universitario Ramón

y Cajal. Madrid. ^gHospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

^hAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

El trasplante capilar es una técnica en la que se han reportado pocas complicaciones asociadas. En esta comunicación, presentamos 10 casos de lesiones purpúricas “vasculitis-like” con centro necrótico secundarias a punch motorizado en la zona donante tras escisión de unidades foliculares (FUE).

Presentamos 10 pacientes de 5 Unidades de Tricología y Trasplante Capilar de España, con aparición de lesiones purpúricas con centro necrótico que plantearon el diagnóstico clínico de vasculitis. Estas, rodeaban concéntricamente las heridas realizadas mediante el movimiento motorizado del punch de la técnica de extracción FUE. En todos los pacientes, las lesiones aparecieron en los primeros 7 días tras la FUE y se resolvieron completa y espontáneamente en 14 días. El número de lesiones por paciente varió de una sola a decenas. Ningún paciente presentó síntomas asociados locales ni sistémicos. Las pruebas de coagulación, no mostraron alteraciones. Se realizó una biopsia-punch de 4 milímetros en 2 pacientes, con hallazgos idénticos. El estudio histopatológico mostró extravasación sanguínea en la dermis superficial, media y profunda, con abundantes hematiás localizados entre los haces de colágeno. Los vasos capilares y venulares no evidenciaron vasculitis ni fenómenos trombóticos.

La técnica de extracción FUE se ha asociado a escasas complicaciones, la mayoría de ellas leves. Algunas de las más frecuentes en la

zona donante son el picor y el escozor, las cicatrices hipopigmentadas puntiformes o la foliculitis bacteriana. Nuestra serie de casos revela una entidad antes no descrita que afecta a la zona donante tras la técnica FUE. El estudio histológico en 2 pacientes descartó signos de vasculitis, siendo compatible con hemorragias. La hipótesis etiopatogénica de este fenómeno podría deberse a un traumatismo sobre los vasos sanguíneos secundario a los movimientos motorizados del punch, así como a un daño térmico por calentamiento del mismo a medida que avanza la cirugía.

En conclusión, describimos una complicación novedosa tras la cirugía de trasplante capilar FUE. La correcta identificación de esta entidad por parte del dermatólogo le permitirá realizar un diagnóstico diferencial preciso y así tranquilizar al paciente, evitándole acciones diagnósticas y terapéuticas agresivas debido a su evolución benigna y autorresolutiva.

4. EXPERIENCIA DE DOS CENTROS EN LA COMBINACIÓN DE CORTICOIDES CON BARICITINIB EN EL MANEJO DE LA ALOPECIA AREATA GRAVE

J. Naharro Rodríguez, Á. Hermosa Gelbard, D. Buendía Castaño, S. Vañó Galván, F.J. Pérez Bootello, M. González Ramos, L.A. Pérez González, L.A. Martínez de Salinas, R. del Cristo Cova Martín y D. Saceda Corralo

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

Antecedentes y objetivos. Baricitinib es un inhibidor de JAK que ha demostrado su eficacia en el manejo de la alopecia areata (AA) grave. La evidencia existente sobre la eficacia y seguridad de su combinación con corticoides es escasa.

Métodos. Se han recogido de forma retrospectiva 26 pacientes con AA grave de dos centros sanitarios que, encontrándose en tratamiento con baricitinib, habían recibido tratamiento esteroideo intralesional (IL), intramuscular (IM) u oral. Se han recogido cambios en la escala SALT y en Clinical-Reported Outcome (ClinRO) para cejas y pestañas, así como la aparición de efectos adversos de cualquier tipo.

Resultados. Se incluyeron 26 pacientes con AA grave con una mediana de edad de 45 años de los cuales 7 eran varones, con una mediana de SALT basal de 100 y de 4 años de duración del brote, refractarios a varias líneas de tratamiento.

Se inició baricitinib en monoterapia y, tras una mediana de 20 semanas de tratamiento, se asociaron esteroides IL (23%), IM (19%), orales (16%) o combinaciones de los mismos (42%). La mediana de SALT antes del inicio de corticoides fue de 67,5. Respecto a la administración IL, se infiltraron cuero cabelludo (80%), cejas (13%) y barba (7%). Por vía IM se usaron dosis de 20-40 mg de triamcinolona con una mediana de 2 administraciones. Los minipulsos de dexametasona oral se administraron a dosis entre 2- 8 mg dos veces en semana. La mediana de duración del tratamiento esteroideo fue de 12 semanas.

Se produjo una mejoría estadísticamente significativa del SALT tras la adición de corticoides con una mediana de reducción del mismo del 55%. Respecto a las cejas, se obtuvo una mejoría significativa del ClinRo. El ClinRo para pestañas mostró tendencia a la reducción. Uno de los pacientes experimentó pérdida de la mejoría tras la suspensión del corticoide. Respecto a la seguridad, se observaron efectos adversos leves con el uso de baricitinib en monoterapia en 6/26 pacientes. Tras la adición de corticoides, 5/26 pacientes reportaron nuevos efectos adversos (insomnio, dermatitis y molestias gastrointestinales). No se observaron efectos adversos graves.

Conclusiones. La combinación de esteroides y baricitinib en el manejo de la alopecia areata grave parece añadir un beneficio terapéutico frente a la monoterapia con baricitinib, sin incrementar los efectos adversos esperados del uso de dichos fármacos por separado.

5. FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE CAPILAR EN ESPAÑA

A. Gómez Zubiaur^a, M. Ballesteros Redondo^a, V. Borges^b, M. Berger^c, R. Cabana Navia^a, V. Cabezas Calderón^b, C. Corredera Carrión^c, B. Ferrer Guillén^c, M.I. García Briz^c, M. González Cañete^a, C. Lacasta Plasín^a, D. Nieto Rodríguez^a, M. Penalba Torres^c, J.L. Ramírez Bellver^a, S. Requena López^c, A. Rodríguez-Villa Lario^a, A. Suárez Valle^a, D. Subiabre Ferrer^a, C. Valenzuela Oñate^c, D. Vega Díez^a y J.M. Ricart Vaya^c

Dermatología. ^aInstituto Médico Ricart. Madrid. ^bInstituto Médico Ricart. Barcelona. ^cInstituto Médico Ricart. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. La consulta capilar cada vez tiene más peso en el ámbito de la dermatología, y también en la dermatología privada. Para poder llevar a cabo una mejor atención a nuestros pacientes y posicionarnos como el especialista de referencia en la patología del cabello, es necesario conocer sus necesidades. El objetivo de este estudio es analizar la situación capilar de la población española en el momento actual, indagando sobre la consideración que tiene del estado de su cabello en el presente, así como las preocupaciones sobre el mismo en un futuro próximo. También acerca del papel que juega actualmente el dermatólogo en la patología capilar para los pacientes, y los conocimientos que estos poseen sobre las opciones terapéuticas capilares.

Métodos utilizados. Se llevó a cabo una encuesta online a 1270 personas españolas, entre 20 y 65 años realizada en mayo 2024. Se llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados considerando un margen de error para esta muestra es de $\pm 2,7$ puntos porcentuales, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados. Existe una valoración negativa de la situación capilar en un gran porcentaje de pacientes, tanto varones como mujeres. El 25 y 33% de los encuestados, afirman padecer caída capilar o descenso de densidad capilar respectivamente. Además, existe también una preocupación marcada por la aparición de estos cuadros, aunque aún no se hayan presentado. La salud capilar tiene un papel central en el presente y futuro de los encuestados. El dermatólogo sigue sin lograr posicionarse como referente en tricología y hasta el 49% de los encuestados acudiría en primer lugar a una médico de atención primaria por sus problemas capilares. Los pacientes quieren tratarse y les interesan mucho los tratamientos médicos, aunque no conocen las opciones terapéuticas existentes en su gran mayoría. El trasplante capilar interesa a mujeres más de lo que podemos considerar, y este sector poblacional le otorga una gran relevancia a los cuidados cosméticos del tallo piloso y el cuero cabelludo.

Conclusión. Existe una gran demanda actual y futura de tratamientos capilares por parte de nuestros pacientes. Es necesario mejorar la divulgación sobre opciones terapéuticas y que esta sea liderada por el dermatólogo, para posicionarse de forma definitiva como referente en el ámbito de la tricología. Debemos atender a las demandas de nuestros pacientes y no olvidar los tratamientos dirigidos al cuidado del cuero cabelludo y los tallos pilosos.

6. NECROSIS EN ZONA RECEPTORA TRAS TRASPLANTE CAPILAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

C. Romera de Blas^a, J.M. Mir Bonafé^b, Ó. Muñoz Moreno-Arrones^c, S. Vañó Galván^d, D. Vega Díez^e, Á. Hermosa Gelbard^d, M. Rubio Lombraña^f, P. Martín Carrasco^g, J. M. Ricart Vaya^h y A. Gómez Zubiaur^h

^aInstituto Médico Ricart, Madrid. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. ^bTricologíaMir. Palma de Mallorca. Illes Balears. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Clínica CapilDERM. Madrid. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. Madrid. ^eInstituto Médico Ricart. Madrid. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ^fServicio de

Dermatología. Hospital de Urduliz. TricoNorte. Vizcaya. ^gDermavit Salud. Sevilla. ^hInstituto Médico Ricart. Madrid. España.

Introducción. La necrosis en la zona receptora es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave del trasplante capilar, con importantes repercusiones en el éxito del procedimiento. Sin embargo, esta complicación ha sido poco estudiada y comunicada en la literatura debido a sus implicaciones. El objetivo de este estudio es describir las características demográficas, clínicas y de la técnica quirúrgica en una cohorte de pacientes que desarrollaron necrosis en la zona receptora tras trasplante capilar.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico incluyendo a 53 pacientes que presentaron necrosis en la zona receptora tras trasplante capilar entre 2019 y 2024 en 5 centros dermatológicos focalizados en tricología de España. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo de isquemia, características de la alopecia, técnica quirúrgica, hallazgos clínicos, tratamiento y secuelas de la necrosis.

Resultados. Se estudiaron 53 pacientes, 87% (46/53) eran hombres, con una edad media de 43 años (rango 28-69 años). El 15% (8/53) eran fumadores, y el 36% (19/53) presentaba otros factores de riesgo de isquemia. El 88,7% (47/53) presentaban alopecia androgénica, y el 15% (8/53) alopecia cicatricial. Respecto a la técnica de trasplante, en el 79% (42/53) de los casos se utilizó adrenalina en la anestesia, y la densidad media fue de 55 unidades foliculares/cm². El 62% (33/53) de los pacientes presentó signos clínicos en las primeras 48 horas postrasplante, con aparición de exudado, área de piel negruzca o costras. Las áreas más afectadas fueron las entradas (45%), con predominio en lado derecho (40%) frente al izquierdo (26%), la región frontal (43%), seguida de la región interparietal (33%), dividida en anterior (26%), media (6%), posterior (4%). La tasa de supervivencia de las unidades foliculares fue inferior al 60% en el 47% de los pacientes, dejando secuelas de piel atrófica o indurada en 68% (36/53) de los casos.

Conclusiones. Describimos las características demográficas, clínicas y de la técnica quirúrgica en pacientes con necrosis postrasplante capilar en zona receptora. Estos hallazgos podrían ayudar a identificar factores de riesgo asociados a esta complicación y orientar el desarrollo de estrategias preventivas para reducir su incidencia y mejorar su manejo.

7. ALOPECIA AREATA MODERADA-GRAVE EN TRATAMIENTO CON BARICITINIB: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 20 CASOS

E. Porres López, P. Hernández Madrid, J.L. Alejo Fernández Baillo y V. Velasco Tamariz

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

Antecedentes y objetivos. La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune frecuente con un fuerte impacto emocional. Recientemente ha sido aprobado Baricitinib, un inhibidor selectivo de la Janus Kinasa (JAK) 1 y 2, para pacientes con AA grave. El objetivo es describir las características clínicas y los resultados de 20 pacientes con AA moderada-grave en tratamiento con Baricitinib.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo que incluye 20 pacientes con AA moderada-grave en tratamiento con Baricitinib desde junio-2022 hasta agosto-2024. La pérdida de pelo es evaluada mediante la escala "Severity of Alopecia Tool" (SALT), definiéndose la AA moderada con un índice SALT mayor o igual al 20% y la AA grave con un índice SALT mayor o igual al 50%. La respuesta a Baricitinib se definió mediante la repoblación parcial o completa con puntuación SALT menor del 20%.

Resultados. Veinte individuos (10 hombres, rango de edad 4-69 años) fueron incluidos (10 casos con AA universal, 7 casos con AA grave, 3 casos con AA moderada). La edad media de comienzo de la AA fue 25 años y la duración media del brote actual de 30 meses. La pérdida de cejas o pestañas fue observada en 16 individuos. Siete casos provenían del ensayo clínico (EC) con Ruxolitinib, 4 con repoblación

completa (SALT 0) y 3 sin respuesta (SALT 93). Los 13 individuos restantes partían de un SALT medio de 68. Baricitinib fue iniciado en 18 pacientes a dosis de 4 mg y en 2 a dosis de 2 mg. Todos los pacientes habían recibido previamente corticoides sistémicos, además 13 individuos habían realizado tratamiento con otros inmunosupresores. La duración media del tratamiento con Baricitinib fue de 6,85 meses. Durante este periodo, 8 pacientes recibieron minoxidil oral a bajas dosis. A los 6 meses, 7 de 13 individuos (53%) lograron una respuesta completa (SALT < 20%). De los 7 pacientes del EC, 4 mantuvieron un SALT 0, los 3 restantes lograron un SALT medio de 40. Los principales efectos adversos (EA) fueron de carácter leve (infección de vías respiratorias altas e hipercolesterolemia). Se reportó un único EA grave en forma de neumonía.

Conclusión. Baricitinib es una opción terapéutica efectiva y segura en el manejo de AA grave o sin respuesta. Sin embargo, se requiere información a largo plazo sobre posibles EA graves, la dosis mínima de mantenimiento o la relación coste-beneficio.

8. LÁSER EXCÍMER DE 308 NM EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN 19 PACIENTES

B. Ferrer Guillén^a, A. Rodríguez-Villa Lario^b, M. Ballesteros Redondo^a, R. Cabana Navia^c, V. Cabezas Calderón^c, M.I. García Briz^a, M. González Cañete^b, C. Lacasta Plasín^b, J.M. Ricart Vaya^a, A. Suárez Valle^b, D. Subiabre Ferrer^a, C. Valenzuela Oñate^a y A. Gómez Zubiaur^b

Dermatología. ^aInstituto Médico Ricart. Valencia. ^bInstituto Médico Ricart. Madrid. ^cInstituto Médico Ricart. Barcelona. España.

Introducción. La alopecia frontal fibrosante (AFF) supone un reto terapéutico, debido a la eficacia limitada de los tratamientos convencionales. El láser Excímer de 308 nanómetros (nm) es una nueva modalidad de tratamiento para AFF, aunque actualmente cuenta con escasas publicaciones en la literatura con una calidad científica adecuada sobre su eficacia en esta patología.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad del Láser Excímer de 308 nm en pacientes con alopecia frontal fibrosante.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo un estudio observacional ambispectivo en práctica clínica habitual incluyendo 19 pacientes con AFF tratados con láser Excímer de 308 nm. Se ha realizado un trichoscan previo y tras finalizar el tratamiento, obteniendo imágenes estandarizadas macroscópicas y tricoscópicas, con el fin de evaluar la eficacia. Se ha evaluado la distancia a la línea de implantación del pelo, el grado de eritema e hiperqueratosis perifolicular. Además se ha realizado una encuesta telefónica para evaluar la eficacia subjetiva percibida por las pacientes y los posibles efectos adversos.

Resultados. La media de sesiones recibidas por paciente ha sido 16, con un rango entre 3 y 22. La dosis inicial ha sido de 250 mJ/cm² con aumento progresivo de 50 mJ por sesión hasta una dosis máxima de 400 mJ/cm². La dosis total media por paciente ha sido 5254 mJ. En las imágenes de control tras 26 semanas de tratamiento el 12% ha presentado mejoría y el 52% estabilización de la enfermedad. En las imágenes tricoscópicas, el 80% ha presentado mejoría de un grado en la escala de eritema. El 78% ha presentado mejoría de un grado en la escala de hiperqueratosis y el 10% mejoría de dos grados. El 10% de los pacientes ha percibido mejoría subjetiva y el 26% estabilización de la enfermedad. La mitad de los pacientes valoraban como importante o muy importante la innovación en el tratamiento. El único efecto adverso ha sido el eritema leve en un 15% de pacientes. No se han producido efectos adversos graves ni que hayan precisado interrupción del tratamiento.

Conclusiones. El láser Excímer de 308 nm es un tratamiento seguro y que ha demostrado mejoría en el eritema e hiperqueratosis en AFF, posicionándose como una herramienta útil en el algoritmo terapéutico en combinación con otros tratamientos.

9. ALOPECIA ANDROGENÉTICA EN PACIENTES TRANSGÉNERO. ANÁLISIS BIDIRECCIONAL A TRAVÉS DE 2 CASOS

B. Mas Matas^a, M. Perelló Roig^a, V. Fernández Tapia^a, M. Mir Bonafè^b, J. M. Mir Bonafé^c, C. Nadal Lladó^a y J.F. Mir Bonafé^d

Dermatología. ^aHospital de Son Llàtzer. ^bHospital Universitari Son Espases y Tricología Mir. ^cTricología Mir. ^dHospital de Son Llàtzer i Tricología Mir. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

El manejo de la alopecia androgenética (AGA) en pacientes transgénero supone un auténtico reto terapéutico. Estos pacientes presentan un contexto hormonal y psicológico muy particular que dificulta su abordaje. Presentamos 2 casos de AGA en pacientes transgénero, tanto masculino como femenino. El primer caso se trata de una mujer de 52 años en proceso de transición de género a varón, en tratamiento con testosterona. A raíz de dicho tratamiento se inició un cuadro de AGA grado III. Se inició tratamiento con finasteride 1mg + minoxidil 5 mg por vía oral, con buena respuesta y ausencia de efectos adversos o que pudieran interferir con su proceso de virilización. El segundo se trata de un hombre de 26 años en proceso de transición a mujer, bajo tratamiento con estradiol y acetato de ciproterona. Consulta por AGA grado IV-V ya presenta previamente al inicio de transición. En consenso con endocrinología, se acuerda asociar tratamiento con dutasteride 0,5 mg + minoxidil 5 mg por vía oral. La respuesta al tratamiento fue satisfactoria, sin aparición de efectos adversos ni interferencia con su proceso de transición. El proceso de transición de género puede desencadenar algunos efectos indeseados como la aparición de AGA en pacientes transgéneros masculinos, por la administración de testosterona. Sin embargo, la posibilidad de usar inhibidores de la 5α-reductasa ha demostrado poder paliar de forma importante este efecto adverso, sin interferir en el proceso de virilización. En el caso de pacientes transgénero femeninos, la presencia de AGA previa en el varón puede suponer un problema añadido en la reafirmación de género, en una población especialmente vulnerable. En estos pacientes, también está descrito el uso de fármacos inhibidores de la 5α-reductasa, con buena respuesta y sin interferir en su proceso de transición de género. Además, en ambos grupos, existe la posibilidad de asociar minoxidil por vía oral para optimizar la respuesta, con buen perfil de seguridad. En conclusión, el uso de fármacos inhibidores de la 5α-reductasa y minoxidil es seguro y eficaz en pacientes transgénero, tanto masculinos como femeninos, aunque siempre debemos consensuar su uso con endocrinología. Se trata de una patología especialmente sensible en este grupo de población, por lo que debemos actuar con determinación sin menospreciar su posible impacto en la imagen de estos pacientes.

10. FOLICULITIS DECALVANTE INDUCIDA POR INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

P. Martínez Arredondo^a, Á. del Espino Navarro Gilabert^a, P. A. Gutiérrez Melgarejo^b, J.M. Morón Ocaña^a, A.I. Lorente Lavirgen^a y A. Pérez Gil^a

Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. La alopecia inducida por inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF-α) es un evento paradójico poco frecuente, siendo la mayoría de los casos alopecias no cicatriciales con características de alopecia psoriásica y areata. También se han documentado casos de foliculitis decalvante (FD), una alopecia cicatricial neutrofílica caracterizada por inflamación y pelos en penacho.

Métodos. Presentamos el caso de un varón de 61 años con eritema psoriásico tratado con infliximab por ausencia de respuesta a acitretino, metotrexato y ciclosporina. A los 6 meses, se observó la resolución casi total de las lesiones corporales, pero la nueva aparición de placas alopécicas en cuero cabelludo. Se realizó cam-

bio de diana a tildrakizumab y se instauró tratamiento tópico con corticoides y análogos de vitamina D sin mejoría. Se realizaron dos biopsias de cuero cabelludo con hallazgos de FD y se pautó tratamiento antibiótico logrando la desaparición del componente inflamatorio, aunque con persistencia de las áreas alopécicas cicatriciales. Actualmente, el paciente se encuentra pendiente de inicio de tratamiento con dapsona.

Resultados. La alopecia inducida por anti-TNF- α se manifiesta principalmente como una alopecia no cicatricial, presentando en la histopatología cambios epidérmicos psoriasiformes y hallazgos dérmicos típicos de alopecia areata, si bien, otras formas menos frecuentes como la FD son de especial relevancia por el riesgo de progresión a alopecia cicatricial. En cuanto al manejo terapéutico de la FD, se han recomendado numerosos esquemas antibióticos, siendo la combinación de clindamicina y rifampicina, y la doxiciclina, las opciones más efectivas. La mayoría de casos de alopecia inducida por anti-TNF- α experimentan una resolución total con la adición de tratamiento tópico y/o sistémico. No obstante, en caso de FD y otras formas con riesgo de evolución a alopecia cicatricial, se recomienda la suspensión del anti-TNF- α .

Conclusiones. La alopecia inducida por anti-TNF- α generalmente se manifiesta como una alopecia no cicatricial que responde a tratamiento específico sin necesidad de suspensión del fármaco. Sin embargo, existen formas menos frecuentes con riesgo de alopecia cicatricial, como la FD, en las que es necesario interrumpir el anti-TNF- α .

11. MINOXIDIL ORAL A DOSIS BAJAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. UNA SERIE DE 58 CASOS

C. Prat Torres, A. Vicente Villa, M. Ivars Lleo, K. Hensotroza-Inga y E. Baselga Torres

Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

En los últimos dos años el uso de minoxidil oral a dosis bajas en población pediátrica ha aumentado. Kimberly N. y colaboradores, realizan una revisión sistemática de la literatura para evaluar la eficacia y la seguridad de este fármaco, tanto para su uso en alopecias como en hipertensión y concluyen que se trata de una opción terapéutica segura para el manejo de alteraciones del pelo en este grupo etario. El propósito de la ponencia es mostrar nuestra experiencia con minoxidil oral a dosis bajas en una cohorte de pacientes pediátricos. Se recogen todos los niños tratados desde febrero del 2022 hasta la actualidad. Se seleccionan 58 pacientes pediátricos menores de 18 años en tratamiento con minoxidil oral a dosis de 0,1 mg/kg/día. Las indicaciones de tratamiento son: alopecia areata, alopecia androgenética, tricotilomanía, alopecia traccional, alopecia postquimioterapia y/o radioterapia, displasia ectodérmica, sd. orofasciodigital, liquen plano pilar asociado a mutaciones en BRAF y sd. anágeno suelto asociado a inhibidores MEK. Todos los pacientes toleran bien el tratamiento y están exentos de efectos adversos graves.

12. ATROFIA CUTÁNEA Y ALOPECIA TRAS INFILTRACIÓN DEL NERVO OCCIPITAL MAYOR: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

F.J. de la Torre Gomar^a, M.D. Pegalajar-García^a, M. Cebolla Verdugo^a, R. Ruiz Villaverde^a y C. Serrano Falcón^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. ^bClínica Dermatológica Serrano. Granada. España

Introducción. La infiltración del nervio occipital mayor es una práctica común en el tratamiento de migrañas y cefaleas. Se emplean diferentes formulaciones, combinando anestésicos locales y corticosteroides. Presentamos un caso de una entidad infrecuente y revisamos la literatura existente.

Caso clínico. Mujer de 45 años con antecedente de migrañas crónicas tratada con eptimezumab. Consultó por una placa alopécica

parietal de 4 semanas de evolución. Había sido tratada con infiltraciones del nervio occipital mayor utilizando una mezcla de bupivacaína al 0,25% y acetónido de triamcinolona (AT) 12 mg/mL, siendo la última inyección administrada 2 meses antes. A la exploración, la placa mostraba atrofia, con pérdida de folículos, esclerosis y eritema leve. La biopsia reveló alopecia cicatricial con atrofia epidérmica y fibrosis dérmica. Se diagnosticó alopecia y atrofia cutánea tras bloqueo del nervio occipital mayor (AABNO). La paciente mostró repoblación del 60% en 4 meses.

Revisión de la literatura y discusión. Revisando la literatura publicada, podemos observar como la AABNO se presenta mayormente en mujeres, con placas irregulares en el área del nervio occipital mayor y con una latencia que varía entre días a 20 semanas. La atrofia se debe a la vasoconstricción y a la deposición de cristales de esteroides poco solubles, como AT, que inhiben la proliferación celular y la síntesis de colágeno, promoviendo atrofia dérmica. De hecho, los casos en los que se infiltraron altas dosis de AT (80 mg/mL), no han registrado repoblación de la alopecia. Agentes más solubles, como metilprednisolona y betametasona, podrían ser más seguros, especialmente con inyecciones profundas. La repoblación capilar, aunque generalmente parcial, ocurre en el 55,5% de los casos y suele presentarse con tiempos de recuperación prolongados (entre 4 y 24 meses).

Conclusión. Este caso destaca una entidad raramente documentada (menos de 10 casos) y, junto a la revisión de la literatura realizada, tiene como objetivo aumentar el conocimiento del médico acerca de este efecto secundario, especialmente en casos de patrones inusuales de alopecia, cuando existe atrofia cutánea asociada. Asimismo, la incorporación de estas posibles complicaciones en los consentimientos informados es crucial para asegurar que los pacientes comprendan plenamente los riesgos asociados con el tratamiento.

13. PREGUNTE A LOS INVESTIGADORES

Comunicaciones orales II

14. ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE LA PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRICOLÓGICAS EN POBLACIÓN TRASPLANTADA RENAL

E. González Guerra^a, A. Conde Taboada^a, L. Campos Muñoz^a y A.I. Sánchez Fructuoso^b

^aDermatología. ^bNefrología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

En las últimas décadas, los avances en medicina han mejorado la vida de pacientes con insuficiencia renal terminal gracias a trasplantes renales y terapias inmunosupresoras. Sin embargo, estos mismos avances han revelado que los efectos secundarios de los medicamentos y el estrés asociado al trasplante pueden causar o agravar enfermedades del pelo en estos pacientes, un tema que ha sido poco estudiado. Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, analizó la prevalencia y la incidencias de enfermedades tricológicas en 880 pacientes trasplantados renales entre 2012 y 2023. De estos, 62 pacientes presentaron patologías relacionadas con el cabello, como efuvio telogénico, alopecia areata, y foliculitis decalvante, entre otras. La prevalencia encontrada fue del 7% y la incidencia del 3,5%. Las enfermedades del cabello más comunes fueron aquellas secundarias a fármacos inmunosupresores. El estudio destaca la necesidad de prestar mayor atención a estas patologías en pacientes trasplantados, ya que, aunque no representan un riesgo de mortalidad inmediato, pero sí pueden afectar significativamente la calidad de vida. En particular, las alteraciones

capilares requieren ajustes en la medicación inmunosupresora, tratamientos específicos y soporte psicológico para los pacientes. Se concluye que las patologías tricológicas en pacientes trasplantados renales tienen una incidencia y prevalencia significativa y no deben ser subestimadas. Es esencial una colaboración estrecha entre dermatólogos y equipos de trasplante para manejar estas condiciones de manera efectiva, minimizando su impacto en la salud y bienestar de los pacientes.

15. CAMBIOS UNGUEALES EN ARTERITIS POR CANNABIS

R. Román Cheuque, I. Villegas Romero, L. Aguilar González, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

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

Introducción. Arteritis por cannabis (CA) es una enfermedad vascular periférica oclusiva, no aterosclerótica, que afecta a fumadores de cannabis. Es prácticamente indistinguible de la tromboangiitis obliterante (TAO), causada por tabaco. Recientemente, se han descrito alteraciones ungueales como signos inespecíficos de TAO y serían útiles como marcadores tempranos. Hasta ahora, no se han descrito en la CA.

Caso clínico. Un varón de 23 años consultó por un cuadro de 3 meses con úlceras dolorosas en los ortijos del pie izquierdo. Presentó claudicación y 3 episodios de flebitis migrans durante el último año, refractarios a tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) y rivaroxabán. Era fumador diario de cannabis hace 3 años. A la exploración encontramos paroniquia, leuconiquia proximal, líneas de Beau y onicólisis distal, asociadas a úlceras isquémicas en el primer y segundo dedo y ausencia de pulsos distales en el pie izquierdo. Un análisis toxicológico de orina fue positivo para cannabis. Un Angio-TC bilateral de ambas extremidades inferiores reveló la oclusión de todas las principales arterias distales izquierdas, con colaterales “en sacacorchos”. Con esto, se diagnosticó CA. El paciente dejó de consumir cannabis y fue tratado con AAS e iloprost IV durante 28 días. Tras dos meses, las úlceras cicatrizaron y el paciente permanece asintomático. Las uñas prácticamente no tuvieron cambios.

Discusión. En fases iniciales de TAO, se ententece el crecimiento de la uña y aparecen paroniquia crónica, leuconiquia proximal, hemorragias en astilla y onicogrifosis. Posteriormente, pueden verse líneas de Beau, onicólisis distal y pérdida de la uña. Úlceras digitales y necrosis son signos tardíos. Estos cambios suelen ser permanentes, creemos que debido a un daño isquémico en la matriz ungueal. En nuestro caso, los signos resultaron idénticos a los descritos en TAO y persistieron pese a una mejoría del resto de los síntomas. Otras manifestaciones típicas de CA son claudicación, flebitis migrans y fenómeno de Raynaud. Angiográficamente, suelen aparecer oclusiones arteriales segmentarias y colaterales “en sacacorchos”. El tratamiento se centra en dejar el cannabis, asociado a algunos tratamientos de soporte (AAS, iloprost, procedimientos endovasculares). Reconocer estos cambios ungueales en pacientes jóvenes consumidores de cannabis puede ser crucial para el diagnóstico temprano.

16. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN MESOTERAPIA CAPILAR CON FINASTERIDA Y DUTASTERIDA. COMPARACIÓN DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA VS. LIPOSOMADA COMO EXCIPIENTE

M. Penalba Torres^a, D. Vega Díez^b, J.M. Ricart Vaya^a y A. Gómez Zubiaur^b

^aInstituto Médico Ricart. Valencia. ^bInstituto Médico Ricart. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Actualmente no se encuentran en la literatura científica descripciones del uso de soluciones liposomadas en mesoterapia capilar que valoren el impacto en la percepción del dolor del paciente.

La mayoría de estudios utilizan soluciones de excipiente hidroalcohólico para la alopecia androgénica en mesoterapia (finasteride y dutasteride). En la práctica diaria, esto nos obliga a buscar mecanismos que minimicen las molestias de nuestros pacientes, como reducir la concentración del principio activo, aumentar la mezcla anestésica, empleo de métodos que disuadan del dolor como vibradores durante la inyección del fármaco, o incluso realizar bloqueos tronculares. Además, se ha relacionado este excipiente alcohólico con efectos adversos como efluvios postprocedimiento en algunos trabajos publicados. Con este estudio buscamos dilucidar si la nueva formulación de los componentes de la mesoterapia acarrea una reducción en el dolor con el fin de que ésta tenga una mejor tolerancia y adherencia por parte del paciente, sin reducir la eficacia del tratamiento e incluso pudiendo eliminar los efectos adversos atribuidos al excipiente alcohólico.

Métodos. En 32 pacientes diagnosticados de alopecia androgénica masculina o femenina y que realizan sesiones de mesoterapia mensual en práctica clínica habitual se realiza un estudio ambispectivo, en el que se recogen los datos de tolerancia al dolor de forma retrospectiva (mediante encuesta con escala EVA) respecto a la mesoterapia con excipiente hidroalcohólico y liposomado, coincidiendo con un cambio de formulación de solución para mesoterapia que hubo en clínica durante dos meses consecutivos. La composición de la mesoterapia no varió entre sesiones, tan solo el excipiente.

Resultados. La mayoría de los pacientes encuestados refieren disminución de la sensación dolorosa con el uso de la solución liposomada. Asimismo refieren una menor probabilidad de abandono del tratamiento por dolor.

Conclusiones. El uso de fórmulas liposomadas en mesoterapia capilar disminuye la sensación de dolor y favorece la continuación del tratamiento por parte del paciente. Se deben realizar más estudios que confirmen la eficacia del principio activo al modificar el excipiente, así como valorar la presencia de efectos adversos similares a los descritos con el excipiente alcohólico en esta nueva composición.

17. ESTUDIO DEL EFECTO DE LA ALOPECIA ANDROGÉNICA Y LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE EN LAS DECISIONES VITALES DE LAS PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS: UN ESTUDIO COMPARATIVO

A. Martínez López^a, D. Muñoz Barba^a, M. Sánchez Díaz^a, C. Cuenca Barrales^a, L. Alonso Castro^b y S. Arias Santiago^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^bUnidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción. La alopecia es una de las patologías dermatológicas que más afecta la calidad de vida de los pacientes que la sufren, siendo las mujeres postmenopáusicas un grupo muy frecuentemente afectado. Estudios previos evidencian la relación entre la pérdida de cabello y el bienestar psicológico, social y laboral en estas mujeres.

Objetivos. Describir y comparar el impacto de la alopecia androgénica y alopecia frontal fibrosante en las decisiones vitales de mujeres postmenopáusicas.

Material y métodos. Estudio transversal en pacientes postmenopáusicas con diagnóstico clínico de alopecia androgénica o alopecia frontal fibrosante. Se recopilaron datos demográficos, evaluación de la gravedad de la alopecia y su impacto en la vida diaria a través de escalas y cuestionarios.

Resultados. Treinta pacientes fueron incluidas (15 con cada tipo de alopecia). La alopecia androgénica mostró mayor gravedad percibida y mayor impacto en las decisiones vitales vinculadas a la socialización. Por otro lado, la alopecia frontal fibrosante afectó más las relaciones familiares.

Conclusiones. Este estudio resalta cómo la alopecia androgénica y la alopecia frontal fibrosante afectan distintos aspectos de la vida de mujeres postmenopáusicas. Esto sugiere la necesidad de intervenciones integrales que aborden aspectos médicos, psicológicos y sociales para mejorar la calidad de vida de las pacientes que las sufren.

18. LIQUEN PLANO PILAR RECALCITRANTE TRATADO CON UPADACITINIB ORAL: SERIE DE CASOS

M. Antonio Lasheras-Pérez, B. Escutia-Muñoz, C. Pujol-Marco y R. Botella-Estrada

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

Antecedentes y objetivos. El liquen plano pilar (LPP) presenta un curso insidioso, progresivo y de difícil tratamiento. Los fármacos disponibles usualmente fallan en controlar la enfermedad. Recientemente, los inhibidores de la Janus Kinasa (iJAK) tofacitinib, baricitinib, y ruxolitinib han demostrado eficacia en el tratamiento del LPP resistente a otras terapias. Upadacitinib es un iJAK aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada-grave y que ha sido utilizado con éxito en el liquen oral erosivo y en la alopecia areata. Presentamos la primera serie de casos de LPP tratados con upadacitinib. El objetivo del trabajo fue determinar la eficacia y seguridad de upadacitinib en el manejo del LPP.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas entre los años 2019-2023 para identificar los pacientes con LPP tratados con upadacitinib oral. Se recogieron las características clínicas del paciente, la proporción de alopecia (% SCALP) y las escalas de gravedad Lichen Planopilaris Activity Index (LPPAI), itch-Numerical Rating Scale (itch-NRS), y Dermatology Life Quality Index (DLQI), basalmente y en la última visita.

Resultados. Se identificaron 8 pacientes en tratamiento con upadacitinib. Tras una mediana de 10 meses de seguimiento, el % SCALP, el LPPAI y el itch-NRS se redujeron significativamente. Los efectos adversos se produjeron en cuatro pacientes, lo que llevó a la reducción de la dosis en dos casos. Permitió el control de otras comorbilidades como la enfermedad de Chron en un caso y el vitíligo en dos. Los mecanismos moleculares involucrados en el LPP no son del todo conocidos. Se observó en muestras humanas que las citoquinas inducidas por interferón estaban aumentadas en la protuberancia del folículo piloso, pudiendo participar en la activación de células T CD8+. Esto conllevaría la pérdida del privilegio inmune. Además, la expresión de JAK1 y JAK3 está aumentada en muestras humanas de liquen plano y LPP. Upadacitinib inhibe JAK1, lo que podría impedir la inflamación mediada por interferón y evitar el colapso del privilegio inmune. Puede que este sea el mecanismo por el que los pacientes mejoraron.

Conclusión. Upadacitinib podría ser una opción terapéutica en el tratamiento del LPP.

19. CAMUFLAJE TEMPORAL DE CEJAS EN PACIENTES CON MADAROSIS SUPRACILIAR: PERLA CON ROTULADOR DE MICROBLADING

P. J. Navarro Guillamón, C. Tienza Fernández, J. Alonso Suárez Pérez, R. Castillo Muñoz y E. Herrera Acosta

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

La alopecia de cejas (también conocida como madarosis supraciliar) es un hallazgo común en la consulta de Dermatología y se puede encontrar en varias afecciones dermatológicas tales como la alopecia areata, la alopecia frontal fibrosante, la tricotilomanía, el hipotiroidismo o la alopecia relacionada con la quimioterapia. El complejo ojo-ceja juega un papel muy relevante en la expresión

facial y puede modificarse radicalmente dependiendo de la forma de la ceja o su presencia/ausencia. Por otro lado, la salud mental puede verse también gravemente afectada en pacientes con alopecia de cejas; lo que conduce a una menor confianza, baja autoestima y una pobre calidad de vida. El camuflaje de cejas es una práctica muy común para disimular la caída del cabello de las cejas con buenos resultados cosméticos. Existen varios procedimientos que incluyen técnicas temporales, semipermanentes y permanentes. Dentro de las técnicas temporales se incluyen lápices de cejas así como pegatinas, pero presentan problemas en cuanto a su eliminación con el sudor y el aspecto artificial del lápiz de cejas. Las técnicas permanentes se basan en técnicas de tatuaje, que son más caras y el resultado cosmético depende de la experiencia del profesional. Los procedimientos semipermanentes como el microblading son técnicas populares similar al tatuaje con una duración de entre 12 y 18 meses. Sin embargo, estas técnicas invasivas no están exentas de complicaciones, derivadas de la “operador-dependencia”. En esta Perla Dermatológica proponemos el uso de rotulador de Microblading para el camuflaje cosmético en pacientes con alopecia de cejas. Los rotuladores de Microblading se utilizan habitualmente antes del procedimiento de microblading para diseñar la forma de la nueva ceja. Ayuda a imitar la apariencia de la ceja ya que la punta del lápiz se divide en 4-5 secciones, emulando así los tallos pilosos del cabello de las cejas. Dadas sus propiedades impermeables, puede durar varios días. De este modo resulta en una buena opción para pacientes que rechazan procedimientos permanentes/semipermanentes, cuando procedimientos invasivos están contraindicados o cuando el paciente directamente rechaza procedimientos invasivos. En conclusión, el uso del rotulador de microblading es una alternativa rentable y accesible en la práctica clínica habitual a la hora de realizar camuflaje de cejas.

20. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAMBIO ENTRE INHIBIDORES DE JAK EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA GRAVE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Lecumberri Indart, D. Buendía Castaño, B. Santos Latasa, R. del Cristo Cova Martín, L.A. Martínez de Salinas, D. Hernández Calle, D. Ortega Quijano, P. Burgos Blasco, D. Saceda Corralo y Á. Hermosa Gelbard

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

La alopecia areata es una enfermedad autoinmune caracterizada por la pérdida de pelo, que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Recientemente, el baricitinib, un inhibidor de JAK1/JAK2, y el ritlecitinib, un inhibidor de JAK3, han sido aprobados específicamente para el tratamiento de la alopecia areata, lo que marca un avance importante en las opciones terapéuticas. Sin embargo, existen otros inhibidores de la vía JAK que también han sido utilizados para el manejo de esta enfermedad que todavía no han sido aprobados para el tratamiento de la misma. El presente estudio se centra en evaluar la eficacia y seguridad del cambio de un inhibidor de JAK a otro en pacientes con alopecia areata grave, un aspecto que hasta la fecha ha sido escasamente descrito en la literatura. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico que incluye 25 pacientes. De estos, 23 comenzaron tratamiento con baricitinib y 2 con ritlecitinib. Diecinueve pacientes habían sido tratados previamente con deuterixolitinib, un inhibidor de JAK1/JAK2; 4 con tofacitinib, un inhibidor de JAK1/JAK3; y en 2 casos se cambió de baricitinib a ritlecitinib. La muestra está compuesta por 16 mujeres y 9 varones, con una edad media de 43,9 años. Durante el seguimiento, en muchos pacientes se mantuvo el índice SALT invariable, mientras que en otros se observó una disminución o aumento del mismo. Los resultados sobre la eficacia del cambio de un tratamiento a otro se

presentarán en el congreso del Grupo Español de Tricología. Hasta el momento, no se han objetivado efectos adversos graves en el grupo de pacientes incluidos en el estudio. Este estudio es relevante dado que existen escasos trabajos en la literatura médica que aborden la eficacia y seguridad del cambio de un inhibidor de JAK a otro en pacientes con alopecia areata grave. Nuestros resultados preliminares sugieren que dicho cambio puede ser seguro y eficaz, con una proporción considerable de pacientes que mantienen o mejoran su respuesta al tratamiento sin efectos adversos graves. Estos hallazgos subrayan la importancia de continuar investigando este enfoque terapéutico y la necesidad de realizar estudios adicionales con un mayor número de pacientes para optimizar las estrategias de tratamiento en esta población.

21. DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE LA TIÑA CAPITIS MEDIANTE INMUNOCROMATOGRAFÍA

E. Vanrell Büse^a, A. Giacaman Contreras^a, C. Iglesias Escobar^b, F. Mas Gracia^b, C. M. Martorell Moreau^a, L. Moreno Hernández^a, M. Nazaret Olmos García^a y A. Martín Santiago^a

^aDermatología. ^bMicrobiología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Introducción. La tiña capitis es la infección fúngica más frecuente en la población pediátrica. En los últimos años ha incrementado su incidencia, sobre todo a expensas de los hongos antropofílicos. Estos suelen producir manifestaciones más leves, dificultando su diagnóstico diferencial con otras entidades. La confirmación diagnóstica se realiza por cultivo, que tarda de 15-30 días, realizando un tratamiento empírico con antifúngicos orales y asumiendo el riesgo de efectos adversos. La inmunocromatografía es una prueba rápida (menos de 30 minutos) y económica (unos 15 euros/paciente), aprobada para la onicomicosis, que detecta antígenos presentes también en la pared de los dermatofitos causantes de tiña capitis. **Objetivo.** Valorar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y positivo (VPP) de la inmunocromatografía para el diagnóstico de los hongos dermatofitos causantes de tiña capitis en menores de 18 años.

Métodos. Hemos diseñado un estudio prospectivo en pacientes menores de 18 años, con diagnóstico clínico de tiña capitis, visitados en consultas externas de dermatología del Hospital Universitario Son Espases entre el 01/12/2023 y el 01/12/2024. Se realiza anamnesis, fotografías clínicas y dermatoscópicas, luz de Wood, test de inmunocromatografía (PreventID) y cultivo. Se analizará la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN en comparación con el cultivo.

Resultados. En el momento actual tenemos el resultado de 21 pacientes, con una sensibilidad de 0,69, una especificidad de 1, un VPP de 1 y VPN de 0,67.

Conclusiones. La inmunocromatografía podría ser una técnica muy útil para el diagnóstico de la tiña capitis en casos dudosos. Se podría valorar su uso sobre todo en urgencias y atención primaria, tratando a los pacientes con resultado positivo con antifúngicos orales y realizando tratamiento tópico en los negativos a la espera del cultivo.

22. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TRASPLANTES CAPILARES REALIZADOS ENTRE 2019 Y 2024 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DERMATOLÓGICA ESPECIALIZADA

V. Cabezas Calderón^a, D. Vega Díez^b, S. March^c, B. Ferrer Guillén^d, C. Lacasta Plasín^b, M. Penalba Torres^d, D. Subiabre Ferrer^d, J.M. Ricart Vaya^d y A. Gómez Zubiaur^b

^aDermatología. Instituto Médico Ricart. Barcelona. ^bDermatología. Instituto Médico Ricart. Madrid. ^cCoordinadora de ensayos clínicos. Instituto Médico Ricart. Valencia. ^dDermatología. Instituto Médico Ricart. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. La cirugía capilar carece de una regulación estricta sobre la formación del equipo quirúrgico y las técnicas utilizadas, lo que genera incertidumbre en los pacientes. La comercialización de estos procedimientos suele dificultar el acceso a información técnica fiable. Este estudio tiene como objetivo mostrar las técnicas empleadas en nuestro centro y compartir los resultados, incluidas las reintervenciones, para mejorar los procesos en otros centros y facilitar la toma de decisiones a pacientes y médicos.

Métodos. Se revisaron los trasplantes realizados entre 2019 y 2024, a través de informes quirúrgicos. Se incluyeron pacientes con diversos tipos de alopecia, cicatricial y no cicatricial. Se analizaron los datos obtenidos, incluyendo complejidad de la intervención, técnicas empleadas y resultados.

Resultados. Se estudiaron 102 trasplantes (77,4% hombres y 22,5% mujeres) entre 2023 y 2024, con una edad media de 42 años. La mayoría presentaba alopecia androgénica (86,3%) en estadio IV de Norwood-Hamilton. El 13,7% fueron por otras causas (liquen plano pilar, alopecia frontal fibrosante, cicatrices, cejas y alopecia traccional). El 74% recibía antiandrógenos orales (principalmente dutasterida) y el 87%, minoxidil oral. De estos, el 51% llevaba más de 6 meses de tratamiento antes de la cirugía. La media de unidades foliculares (UF) implantadas fue de 2679. Cuatro pacientes requirieron cirugía en dos fases. Cinco pacientes (4,9%) precisaron retoques (media de 352 UF), realizados entre el primer y segundo año postrasplante. La zona donante fue principalmente occipital y temporal, con uso ocasional de pelo de barba (2 pacientes). Un 25% no requirió rasurado completo. La extracción se realizó con punch serrado de 0,8 mm en el 91% de los casos. Las incisiones fueron mayoritariamente con agujas de 18G y 19G, y la implantación se realizó con pinzas (99%).

Conclusión. El trasplante capilar en un centro dermatológico especializado presenta mayor complejidad puesto que se intervienen casos de alopecia androgénica avanzada, así como casos de otras alopecias con menor recorrido quirúrgico. Este estudio resalta la importancia del dermatólogo como líder de la cirugía capilar y de visibilizar los resultados para mejorar la técnica y proporcionar mayor seguridad a los pacientes.

23. PREGUNTE A LOS INVESTIGADORES

PÓSTERES

P1. ONICÓLISIS INDUCIDA POR PEMIGATINIB: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Finello, D. Blaya Imbernón, C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, A. Grau Echevarría, Á. González García, E. Pérez Zafrilla, E. Díez Recio y G. M. Pérez Pastor

Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. Pemigatinib es inhibidor de la quinasa del receptor del factor del crecimiento fibroblástico (FGFR) 1, 2 y 3 indicado en colangiocarcinoma intrahepático localmente avanzado o metastásico con fusión o reordenamiento del FGFR 2 con progresión tras tratamiento sistémico. Se asocia a múltiples eventos adversos cutáneos que afectan a más de 1 de cada 10 pacientes. La mitad de los usuarios desarrollan toxicidad ungueal, siendo la onicólisis la manifestación más frecuente. Inicia en los primeros meses del tratamiento y se mantiene durante toda la duración del mismo causando disconfort y deterioro de la calidad de vida.

Casos clínicos. Caso 1: mujer de 46 años con pemigatinib por colangiocarcinoma intrahepático localmente avanzado es remitida a der-

matología por presentar alteraciones ungueales en todos los dedos de manos y pies asociadas a eritrodisestesia palmoplantar tras un mes de tratamiento con dicho fármaco. Se trata con corticoides y antibióticos tópicos periungueales y corticoides orales con respuesta parcial. Requiere reducción de dosis de pemigatinib por toxicidad sistémica con lo que mejora clínica cutánea. Caso 2: hombre de 52 años tratado con pemigatinib por colangiocarcinoma intrahepático metastásico acude a dermatología por cambios ungueales tras dos meses de inicio del fármaco. Presentaba onicólisis en todos los dedos de la mano con sobreinfección bacteriana. A pesar de tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos y avulsión de varias uñas, por la gravedad de la clínica ungueal, requiere reducción de dosis del fármaco para control de síntomas.

Conclusiones. Las alteraciones ungueales causadas por pemigatinib son frecuentes, precoces y deterioran la calidad de vida de los pacientes, pudiendo llevar a la necesidad de reducción de dosis o interrupción del tratamiento oncológico. Se debe aconsejar a los pacientes visitar al podólogo antes del inicio del fármaco, cortar las uñas correctamente, limitar el trauma físico repetitivo local, evitar irritantes y utilizar emolientes. Respecto a la onicólisis, una vez instaurada se debe indicar aplicación subungueal de antisépticos tópicos como yodopovidona al 2% 2 veces al día, recortar segmentos de uñas distales sobresalientes, descartar y tratar infección bacteriana añadida y hematomas subungueales. En casos refractarios realizar avulsión ungueal.

P2. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE IVERMECTINA ORAL FRENTE A MIRISTATO DE ISOPROPILLO TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS CAPITIS EN ADOLESCENTES

M. Rodríguez Martín, E. Fagundo González, M. Herrero Moyano, M. Arteaga Henríquez, V. Ludowieck Araya, E. Pelegrina Fernández, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, E. García Peris y J.M. Ramírez Conchas

Dermatología. Dermaten Clínicas. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. La pediculosis capitis es una infestación prevalente causada por *Pediculus humanus capitis*, especialmente en poblaciones pediátricas y adolescentes. La resistencia creciente a pediculicidas convencionales ha motivado la búsqueda de alternativas más efectivas y seguras. La ivermectina, un derivado de las avermectinas aisladas de *Streptomyces avermitilis*, ha demostrado ser altamente efectiva en el tratamiento de varias parasitosis debido a su capacidad para potenciar la liberación de ácido gamma-aminobutírico (GABA), lo que resulta en la parálisis y muerte de los parásitos. Este mecanismo de acción, junto con su biodisponibilidad y distribución en los tejidos cutáneos, podría explicar la eficacia prolongada de la ivermectina en la prevención de reinfestaciones de pediculosis.

Material y métodos. Se trata de un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y controlado, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de la ivermectina oral frente al miristato de isopropilo tópico en el tratamiento de pediculosis capitis en adolescentes. Se reclutaron 60 adolescentes de 12 a 18 años de un centro dermatológico local. Grupo A (Ivermectina): recibió 200 microgramos/kg de ivermectina oral en ayunas en el momento basal y a los 7 días. Grupo B (Miristato de Isopropilo): aplicó tópicamente miristato de isopropilo al 50% en las mismas intervenciones de tiempo. Todos los participantes fueron evaluados a los 7, 14 días y a los 6 meses después del tratamiento inicial para verificar la eficacia y detectar cualquier signo de reinfestación. Los datos clínicos y dermatoscópicos fueron recogidos por dermatólogos entrenados. Los datos incluyeron la presencia de piojos vivos y ninfas, así como signos de irritación o alergia en el cuero cabelludo o cualquier otro efecto adverso local o sistémico experimentado por los participantes. A los 7 días, el 97,6% de los pacientes en el grupo de ivermectina no mostraron signos de infestación, comparado con el 63,4% en el grupo de miris-

tato de isopropilo ($p < 0,01$). La ivermectina no solo se ha demostrado como un tratamiento eficaz para la pediculosis capitis en adolescentes, sino que también ofrece una administración sencilla y una prevención efectiva de la reinfestación a largo plazo. Su mecanismo de acción, facilitando una barrera duradera contra los parásitos, subraya su potencial como tratamiento preferente en entornos pediátricos.

P3. ALOPECIA AREATA UNIVERSAL INDUCIDA POR TERAPIA ANTIRRETROVIRAL INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA (CABOTEGRAVIR Y RILPIVIRINA) TRATADA CON BARICITINIB

M.C. Sin i Soler^a, S. Calzado Isbert^b y C. López-Llunell^a

^a*Dermatología.* ^b*Enfermedades Infecciosas. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.*

La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial autoinmune. Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, se han identificado múltiples desencadenantes entre los que se encuentran los fármacos. Presentamos el caso de una mujer de 36 años con infección por VIH desde 2016 en tratamiento con dolutegravir/rilpivirina con buen control inmunoviroológico. En mayo de 2023, se realizó un cambio de medicación por la que recibió la primera dosis de cabotegravir y rilpivirina intramuscular (VRim) sin efectos adversos inmediatos. Sin embargo, dos semanas después inició un cuadro de alopecia difusa rápidamente progresiva. La paciente, no presentaba antecedentes personales ni familiares de AA. En la exploración física, se observó una alopecia no cicatricial difusa que afectaba cuero cabelludo, cejas, pestañas y vello corporal. La clínica y la tricoscopia eran sugestivas de AA, pero ante la gravedad del cuadro, se realizó una biopsia cutánea del cuero cabelludo que confirmó el diagnóstico y se realizó una analítica sanguínea que descartó otras etiologías (infecciosas, autoinmunes, nutricionales y tiroideas). El cuadro se orientó como una AA inducida por fármacos, por lo que se suspendió el tratamiento con VRim y se inició tratamiento con corticoides tópicos y mini pulsos de dexametasona oral. Ante la ausencia de respuesta, se cambió el tratamiento por prednisona oral e inmunoterapia tópica, que tampoco resultó efectivo. Ante la refractariedad del cuadro y la progresión hacia una AA universal, se inició tratamiento con baricitinib 4mg/día. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por nuestro servicio y pendiente de control para valorar la respuesta. Los efectos adversos reportados en los ensayos clínicos de VRim fueron mayoritariamente reacciones en el lugar de la inyección. Además de nasofaringitis, artralgias, diarreas, pirexia, fatiga y tos. Sin embargo, presentamos el primer caso reportado de AA difusa rápidamente progresiva tras la primera administración de VRim. Dada la cronología de los hechos, se realizó un test linfocitoimunoblástico in vitro, sin poder demostrar causalidad entre el VRim y la AA. En conclusión, ante la aparición de una AA rápidamente progresiva, es fundamental realizar una anamnesis completa que incluya fármacos de introducción reciente, además de un despistaje de otros posibles desencadenantes.

P4. SÍNDROME DE LAS UÑAS AMARILLAS: UN NUEVO CASO, ¿RELACIÓN CON EL TITANIO?

M. Iglesias Sancho, A. Martin Poch, J. Ceravalls Sánchez y M. Salleras Redonnet

Dermatología. Hospital Sagrado Corazón. Barcelona. España.

El síndrome de las uñas amarillas es una afección rara caracterizada por alteraciones típicas de las uñas y presencia variable de linfedema y enfermedad respiratoria. La patogénesis aún es oscura y la mayor parte de la literatura se deriva de casos aislados. Las afecciones respiratorias más reportadas asociadas con el síndrome de la

uña amarilla son el derrame pleural y las bronquiectasias, mientras que la asociación con la rinosinusitis es más rara. Se ha descrito de forma repetida la posible asociación con el titanio. Describimos un caso de síndrome de las uñas amarillas que cursa con la tríada clásica de bronquiectasias, uñas amarillas y linfedema así como rinosinusitis crónica. A destacar que la paciente ha trabajado durante muchos años como auxiliar higienista dental donde nos planteamos si ha podido inhalar este metal aunque la determinación de titanio en su cabello no ha demostrado un aumento y su determinación en lámina ungueal ha sido imposible por temas técnicos. Proporcionamos una sinopsis sobre este trastorno, detallamos criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas, hipótesis patogénicas, condiciones asociadas y opciones terapéuticas.

P5. ADALIMUMAB COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DE CELULITIS DISECANTE REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

J.M. Puig Buendía, C. Calvo Asín, R. Cavestany Rodríguez y V. Velasco Tamariz

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

La celulitis disecante del cuero cabelludo es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente que causa alopecia cicatricial, afectando principalmente a varones jóvenes afroamericanos. Se manifiesta como nódulos dolorosos en la parte posterior del cuero cabelludo, que pueden formar abscesos y fístulas que drenan secreción purulenta y maloliente, eventualmente llevando a cicatrices y queloides.

El tratamiento es complicado y a menudo poco efectivo, incluyendo antibióticos sistémicos, isotretinoína, y otros medicamentos. En casos resistentes y/o refractarios, se han probado tratamientos con inhibidores del TNF- α , como el adalimumab, mostrando resultados prometedores. Adalimumab es un inhibidor del TNF- α que aprobado para el tratamiento de enfermedades dermatológicas como la psoriasis y la hidradenitis supurativa. Dado que esta última comparte una patogénesis similar con la celulitis disecante, adalimumab ha sido probado en algunos casos con buenos resultados. Presentamos dos casos de pacientes con celulitis disecante del cuero cabelludo refractaria a múltiples líneas de tratamiento que realizaron tratamiento con adalimumab (dosis de inducción y posteriormente de mantenimiento), con mejoría clínica progresiva y repoblación casi completa. En conclusión, el adalimumab es un tratamiento que parece ser eficaz en casos de celulitis disecante refractaria a otras líneas de tratamiento, siendo necesarios aun estudios más exhaustivos para demostrar nuestras observaciones.

P6. ANGIOSARCOMA DE CUERO CABELLUDO EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

C. Calvo Asín, R. Cavestany Rodríguez, J. Puig Buendía, M.C. Postigo Llorente y V. Velasco Tamariz

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

Introducción y objetivos. La esclerosis sistémica se caracteriza por la presencia de fibrosis cutánea y vasculopatía. Aunque ha sido frecuentemente asociada con tumores malignos (pulmón, mama), se ha descrito en muy pocas ocasiones ligada a tumores cutáneos. El angiosarcoma cutáneo es un tumor muy infrecuente que se origina a partir de las células endoteliales de los vasos sanguíneos y posee un comportamiento muy agresivo.

Métodos. Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados. Mujer de 51 años con esclerosis sistémica diagnosticada en 2018. Acude a Urgencias por pérdida de densidad capilar en

zona occipital de 4 meses de evolución. A la exploración física se apreciaba una placa cicatricial occipital de 9 x 6 cm localizada con 2 costras centrales. A la tricoscopia poseía tapones córneos y telangiectasias tortuosas de gran tamaño. Además, presentaba una úlcera en el pulpejo de 2º dedo de mano izquierda, edema de manos y fenómeno de Raynaud. Se tomó una biopsia de la placa cicatricial en la que se objetivaba una proliferación de células fusiformes que formaban hendiduras, con caída de células atípicas al interior y pleomorfismo celular. En la inmunohistoquímica se objetivaba expresión difusa de CD31, ERG y D2-40 y CMYC en las células atípicas, llegando al diagnóstico de angiosarcoma. En la analítica tenía ANA positivo 1/160 con patrón AC-3, compatible con anticentrómero, y consumo de complemento. Se realizó la exéresis de la lesión con vaciamiento de cadenas ganglionares afectas y reconstrucción mediante colgajo de dorsal ancho quimérico derecho, sin evidencia de infiltración tumoral en los bordes de las piezas.

Conclusiones. La presencia de un angiosarcoma cutáneo en un paciente con esclerosis es algo extremadamente infrecuente. A día de hoy, solo 7 casos han sido descritos. El daño vascular que se genera en las células endoteliales (debido a la presencia de autoanticuerpos) conduce a una isquemia tisular, produciendo un aumento de VEGF circulante y de sus receptores. El angiosarcoma cutáneo tiene un aumento de receptores de VEGF, por lo que el aumento de VEGF en el contexto de una piel esclerótica podría actuar como trigger para el desarrollo de este tumor. A pesar de ser extremadamente infrecuente, su gran agresividad hace que un diagnóstico precoz conduzca a un pronóstico menos fatal.

P7. EFICACIA DE BARICITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO DEURUXOLITINIB: SERIE PROSPECTIVA DE 5 CASOS

L. Mateu Arrom, A. Alturo-Pons, C. López-Sánchez, L. Puig y C. Morales

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

Antecedentes y objetivos. La alopecia areata (AA) es una causa de alopecia no cicatricial de origen inmunomediado que se asocia a un gran impacto en la calidad de vida. Baricitinib, un inhibidor de JAK1/2, es el primer inhibidor de JAK (iJAK) aprobado para el tratamiento de la AA, mientras que deuruxolitinib (inhibidor JAK1/2) se encuentra en fase de estudio. Actualmente se dispone de muy escasa evidencia respecto al efecto clínico del cambio de inhibidor de JAK. **Métodos.** Estudio prospectivo observacional de aquellos pacientes afectados de alopecia areata que, tras ser tratados con deuruxolitinib en contexto de ensayo clínico, recibieron cambio de tratamiento a baricitinib 4mg al día. El control clínico se evaluó al mes de inicio del tratamiento. Se evaluó la respuesta clínica mediante la escala SALT y la aparición de efectos adversos.

Resultados. Se incluyeron 5 pacientes (3 hombres/2 mujeres), de una mediana (rango) de edad de 45 (37-56) años, todos afectados de AA universal. Todos habían recibido tratamientos tópicos y sistémicos (corticoides orales, metotrexato) previo al inicio de iJAK. El SALT pre tratamiento con iJAK era de 100 (95-100). El deuruxolitinib 12 mg/día fue el primer iJAK iniciado en todos ellos en noviembre de 2021, y en mayo de 2023 se disminuyó la dosis a 8 mg/día. En todos los casos se observó recrecimiento tras 1,8 (1-2,3) meses de tratamiento. En 4 (80%) casos se observó recrecimiento completo (SALT 0) y en otro caso casi completo (SALT 20). En todos los casos se observó alguna alteración analítica leve que no requirió tratamiento ni discontinuación del iJAK: elevación de CKs (3 (60%)), hipercolesterolemia (4 (80%)), trombocitosis (2 (40%)). El tratamiento se mantuvo durante 30 meses en todos los pacientes (fin del estudio). La escala SALT al final del estudio fue: 100 en un caso, 80 en un caso, 30 en un caso y 0 en 2 casos, mo-

mento en que se inició baricitinib 4mg/día. Todos recibieron tratamiento concomitante con minoxidil oral. Al mes de tratamiento la escala SALT se mantuvo en 100 en un caso y fue de 0 en el resto de pacientes. Al mes de seguimiento no se registraron efectos adversos ni nuevas alteraciones analíticas.

Conclusiones. El tratamiento con baricitinib tras haber recibido deuterixolitinib es efectivo y seguro en pacientes con alopecia areata.

P8. NUEVAS METODOLOGÍAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ALOPECIA AREATA: INTEGRACIÓN DEL ÍNDICE SALT A TRAVÉS DE DISPOSITIVOS TRANSPARENTES

J. Manuel Morón Ocaña^a, Á. del Espino Navarro Gilabert^a, M.L. Martínez Barranca^a, I.M. Coronel Pérez^a, C.V. Almeida González^b y A. Pérez Gil^a

^aDermatología. ^bUnidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

Introducción. El índice SALT (Severity of Alopecia Tool) evalúa la gravedad de la alopecia areata (AA) en una escala del 0% al 100%, pero su dependencia de la evaluación visual introduce subjetividad, comprometiendo la fiabilidad. Una nueva aplicación (APP) informática (<https://salt.legit.health/es>) permite medir la extensión de la AA en el cuero cabelludo, aunque enfrenta dificultades al evaluar áreas mixtas de alopecia y cabello sano, lo que puede ocasionar errores en la estimación. Esto destaca la necesidad de enfoques adicionales para mejorar la precisión en estos casos.

Metodología. Se diseñó una plantilla transparente dividida en cuatro zonas del cuero cabelludo (interparietal, occipital, temporal derecha e izquierda), asignando a cada una un porcentaje de afectación específico (40%, 24%, 18% y 18%). Los valores obtenidos con la plantilla se sumaron para calcular la puntuación total de SALT. Posteriormente, se realizó un estudio de concordancia de métodos para comparar la precisión entre dos dermatólogos utilizando esta plantilla, el método convencional (a ojímetro) y una APP. Se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI) y se emplearon gráficos de Bland-Altman para evaluar si las diferencias observadas entre los límites de concordancia resultantes estaban dentro de un rango aceptable previamente definido de ± 5 puntos entre observación.

Resultados. La concordancia interobservador fue de 0,99 (IC95 0,98-0,99) con la plantilla y de 0,92 (IC95 0,78-0,97) sin ella. Comparando la plantilla con el método convencional y la APP, la concordancia fue de 0,76 (IC95 0,71-0,88) y 0,88 (IC95 0,83-0,98), respectivamente. Aunque el CCI fue superior a 0,7 en todos los casos, lo que puede indicar buena concordancia, los gráficos de Bland-Altman mostraron diferencias clínicamente significativas: un 62,5% y un 25% de discordancia más allá de lo aceptable de ± 5 puntos entre las observaciones plantilla-sin plantilla y plantilla- APP. No se encontraron diferencias entre los observadores que usaron la plantilla, con el 100% de las observaciones dentro de los límites establecidos. Además, el uso de la plantilla fue significativamente más rápido que la APP ($p < 0,001$), ahorrando un promedio de tres minutos por paciente.

Conclusiones. La plantilla transparente es más precisa que el método convencional y la APP, y también es más eficiente en términos de tiempo.

P9. BARICITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA. ESTUDIO EN VIDA REAL DE 10 PACIENTES

A. Ballano Ruiz, R.F. Rubio Aguilera, E. Gil de la Cruz, N. Barrientos Pérez y J.D. Domínguez Auñón

Dermatología. Hospital de Henares. Coslada. Madrid. España.

La alopecia areata (AA) es una alopecia no cicatricial de trasfondo inmune, de curso crónico y recidivante en una gran parte de los

casos que puede evolucionar a formas de pérdida toda del cabello en el cuero cabelludo (AA total) o incluso en todo el tegumento cutáneo (AA universal). Los tratamientos hasta ahora utilizados están todos fuera de indicación, desconociendo realmente su eficacia, y siendo la recurrencia la norma general tras la retirada de los mismos. Los fármacos anti JAK inhiben la vía de señalización JAK-STAT reduciendo la inflamación perifolicular que subyace a la AA. Baricitinib, un inhibidor JAK1/JAK2 es el primer fármaco aprobado para tratar esta patología. En los datos agregados de los dos ensayos clínicos fase III, BRAVE-AA1 y BRAVE-AA2, el 34% y el 19,7% de los pacientes alcanzaron un SALT $< 0 = a 20$ a la semana 36 para la dosis de 4 y 2 mg respectivamente. Nuestro trabajo trata de valorar la respuesta de baricitinib en vida real y su perfil de seguridad. Nuestro estudio engloba a un total de 10 pacientes con historia actual de AA de < 8 años de evolución, con un SALT mayor o igual a 50 y que haya fracasado a alguna línea previa de inmunosupresor clásico. La media de edad fue de 39 años, siendo el 50% mujeres, y se detectaron alteraciones tiroideas en el 20% de los mismos. Todos los pacientes habían pasado por varias líneas de inmunosupresores clásicos (incluidos corticoides orales, metotrexato, ciclosporina), y muchos por difenciprona y minoxidil oral. El SALT medio basal al inicio del tratamiento era de 65, bajando a 15 a la semana 24. A nivel de efectos adversos se detectó amenorrea y leve leucopenia en una paciente, y un episodio de foliculitis severa en otro paciente (1/10) que obligó a suspender el tratamiento a las 12 semanas. 7 de los 10 pacientes (70%) alcanzaron la respuesta SALT $< 0 = a 20$ a la semana 24. Si bien nuestro estudio presenta limitaciones en cuanto al escaso número de pacientes y la recogida retrospectiva de datos, la evidencia en práctica clínica parece demostrar que baricitinib para AA resulta más eficaz que en los ensayos clínicos, con un perfil de seguridad similar. Se deberá seguir recogiendo información para definir mejor las características de este fármaco en nuestro día a día.

P10. ALOPECIA CICATRICAL SECUNDARIA A RASCADO EN DERMATITIS ATÓPICA PEDIÁTRICA: UN RETO CLÍNICO INFRECUENTE

M. Cebolla Verdugo, F.J. de la Torre Gomar, C. Llamas Segura, I. Pérez López, J. P. Velasco Amador y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por un prurito intenso que puede llevar al rascado crónico. Una complicación rara de esta condición es la alopecia cicatricial, derivada del daño irreversible a los folículos pilosos. Este fenómeno es particularmente inusual en pacientes pediátricos con DA severa, pero puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y en el manejo a largo plazo.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 9 años con antecedentes de DA desde los 4 meses de edad, acompañado de rinoconjuntivitis alérgica y múltiples alergias alimentarias. El paciente acudió a consulta en noviembre de 2021 por un brote severo de DA, caracterizado por eritema y liquenificación extensiva (SCORAD 62). Durante la evaluación se identificó una placa alopécica de 85 x 62 mm de diámetro en la región temporal izquierda del cuero cabelludo, atribuida al rascado crónico. La placa mostraba zonas con ausencia de orificios foliculares intercaladas con áreas con unidades foliculares de 1 pelo acompañadas de vainas peripilares y puntos blancos brillantes distribuidos de manera parcheada. El tratamiento inicial incluyó ciclosporina y corticoides tópicos, logrando una mejoría parcial, pero la alopecia persistió. En diciembre de 2022, ante la falta de respuesta óptima al tratamiento, se inició dupilumab, resultando en una reducción significativa del SCORAD a 10 y repoblación parcial de las áreas alopécicas tras el uso de corticoide tópico. Sin embargo, algunas zonas permanecieron cicatriciales.

Discusión. La alopecia cicatricial en pacientes con DA es una complicación infrecuentemente documentada, especialmente en población pediátrica. El uso de terapias biológicas como dupilumab puede ser efectivo en el control del prurito severo, reduciendo el riesgo de daño folicular irreversible. En este caso, dupilumab mostró ser eficaz en la mejora de la DA y en la reducción del rascado, subrayando la importancia de un manejo temprano y agresivo de la DA severa para prevenir complicaciones como la alopecia cicatricial.

Conclusiones. Este caso destaca la relevancia de un diagnóstico temprano, un abordaje global y un tratamiento precoz en la gestión de la dermatitis atópica severa para prevenir complicaciones raras, pero clínicamente relevantes, como la alopecia cicatricial.

P11. IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LA ALOPECIA AREATA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

C. Prat Torres^b, L. Martínez Mifsut^a, S. Ehrenberg Archs^b y J. Vinyets Rejón^a

^aÁrea de Experiencia de Paciente. ^bServicio de Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune que causa la pérdida de cabello. La mayoría de los estudios han explorado cómo la AA afecta a la población adulta, sin embargo, hay una falta de literatura que aborde el impacto socioeconómico de la AA en la edad pediátrica. El objetivo de este estudio es generar, sintetizar e integrar evidencia sobre la carga socioeconómica que experimentan los pacientes pediátricos con AA y sus familias. Se utiliza un diseño explicativo secuencial de métodos mixtos que implica en una primera fase la recopilación de datos cualitativos (mediante entrevistas, observaciones y focus groups), la síntesis de información en el Patient Journey (PJ) y la definición de las principales áreas de impacto de la AA. En una segunda fase (recopilación de datos cuantitativos) se validarán los datos mediante una encuesta online a 60-80 familias de pacientes con AA. La primera fase realizada incluye un total de 39 participantes (15 pacientes, 23 familiares y 1 asociación de pacientes). Hasta la fecha, se han identificado los siguientes aprendizajes: - Es necesario un acompañamiento emocional para mejorar la calidad de vida (CdV) de pacientes y familias, debido al fuerte impacto de la enfermedad en su día a día. - La AA tiene un impacto social significativo a lo largo del PJ. Desde los primeros síntomas, pacientes y familias expresan sentimientos de inseguridad y culpa. En el diagnóstico, surge la necesidad de comprender la AA y aprender a compartirla con el entorno cercano. Durante el seguimiento médico, tomar de decisiones respecto al tratamiento intensifica la carga emocional. Acercándose la edad adulta, es crucial acompañar a los pacientes fomentando su autonomía en la gestión de la AA. - Aunque generalmente no se reconoce el impacto económico, la AA conlleva costos significativos, incluyendo gastos en consultas médicas privadas por los tiempos de espera en la sanidad pública, en tratamientos tópicos no subvencionados, así como en salud mental. En conclusión, identificar las áreas de impacto de la AA y cuantificar su repercusión socioeconómica es crucial para el desarrollo de intervenciones integrales que mejoren la CdV de niños y adolescentes con AA y de sus familias. Las políticas de salud y las estrategias de apoyo deben incorporar medidas específicas para mitigar estos efectos, asegurando un abordaje holístico y efectivo de la AA.

P12. ALOPECIA AREATA EN EDAD PEDIÁTRICA: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

M.D. Pegalajar García^a, M. Cebolla Verdugo^a, I. Pérez López^a, R. Ruiz Villaverde^b y L. Alonso Castro^b

^aDermatología. ^bHospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ^cGrupo Pedro Jaén. Madrid. España.

La alopecia areata (AA) constituye la tercera dermatosis más frecuente en niños. Existen pocos estudios acerca del impacto en la calidad de vida (CDV) que produce en los pacientes y sus familiares. Se realizó un estudio transversal para describir las características clínicas y demográficas de pacientes pediátricos con AA y el impacto en la CDV en estos y sus progenitores en un hospital de tercer nivel de enero a junio de 2023 mediante un cuestionario presencial o telefónico. Se incluyeron 10 pacientes, con predominio masculino (70%), edad media de 7,6 años (DE 3,6) y dermatitis atópica como principal comorbilidad (50%). El impacto en la CDV fue leve en los pacientes (CDLQI 3,8 [DE 3'5]), y moderado en sus progenitores (FDLQI 7'2 [DE 3'8]), asociándose significativamente al uso de tratamientos alternativos no farmacológicos ($p = 0,043$ y $p = 0,034$), sin relación con la clínica o comorbilidades asociadas. Como conclusión, la AA afecta la CDV de los pacientes pediátricos de forma leve estimada mediante los cuestionarios de calidad de vida actuales (CDLQI), siendo más grave la afectación en los familiares. Estos hallazgos y la bibliografía revisada apoyan la necesidad de mejorar los cuestionarios de CDV en niños actuales para entender cómo afecta la AA en la edad pediátrica. El uso de tratamientos alternativos no farmacológicos parece asociarse a una peor CDV tanto en los pacientes como sus familiares, aunque serían necesarios más estudios que corroborasen estos hallazgos.

P13. BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA OFIÁSICA Y DERMATITIS ATÓPICA GRAVE CONCOMITANTE

B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, M.J. Barros Eyzaguirre, D. Hernández de Jesús, M. Dorado Fernández, F. Gruber Velasco, J. Román Sainz, N. Silvestre Torner, K. Magaletsky Kharachko, S. Samer Tabbara Carrascosa, M. Martínez Pérez, E. Vargas Laguna y A. Imbernón Moya

^aServicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Caso clínico. Presentamos una mujer de 42 años con dermatitis atópica (DA) grave desde la infancia que ha sido tratada con corticoides tópicos, orales y ciclosporina con escasa respuesta. Tras 5 meses desde el inicio de tralokinumab presenta adecuado control de la DA, pero desarrolla alopecia areata (AA) ofiásica con puntuación en la escala Severity of Alopecia Tool (SALT) 33 y hallazgos tricoscópicos de puntos negros y pelos peládicos. Se inicia tratamiento con corticoide y minoxidil tópicos sin respuesta y con empeoramiento de la dermatitis con placas generalizadas e intenso prurito con una puntuación en la escala Eczema Area and Severity Index (EASI) de 25. Se sustituye por baricitinib 4 mg al día y tras 1 mes alcanza remisión casi completa de la dermatitis (EASI 5), sin prurito. Se observa inicio de respuesta de la AA a los 3 meses y una repoblación total a los 6 meses de tratamiento, manteniendo respuesta de la dermatitis.

Discusión. Hasta un tercio de los pacientes con AA tienen DA concomitante. Estudios recientes sugieren que en la patogenia de la AA interviene las vías Th1 y Th2, a través de la vía JAK/STAT. Solo existe un caso de DA y AA concomitante con remisión casi completa de ambas tras 6 meses de tratamiento con tralokinumab. No se han reportado en la literatura casos de inducción de alopecia areata tras el inicio de tralokinumab. Existen 3 casos en la literatura de mejoría significativa de AA y DA concomitante tras 3-6 meses de tratamiento con baricitinib, en todos ellos tras fracaso a dupilumab y en dos a ciclosporina, sin presentar efectos adversos. Un metaanálisis reciente compara los ensayos clínicos de distintos inhibidores JAK, dupilumab, tralokinumab y apremilast para estudiar su eficacia en el tratamiento de la alopecia areata. Los inhibidores JAK muestran resultados superiores al resto de fármacos, siendo baricitinib 4mg/día el más eficaz seguido de ritlecitinib 50mg. Proponen que los inhibidores JAK1 y JAK3 son la mejor opción en el tratamiento de la AA mostrando mayor eficacia con menor toxicidad

hematológica. Destacamos la utilidad de baricitinib como alternativa de tratamiento de pacientes con AA y DA grave, una situación frecuente y difícil de tratar.

P14. SIGUIENDO LAS PISTAS: ALTERACIONES TRÓFICAS EN LOS DEDOS DE LOS PIES

G. Baeza Hernández^a, F. E. Rojas Farias^b, A. Santamarina Albertos^b, Á. Juárez Martín^b, C. Taberner García^c y B. Casado Verrier^b

Dermatología. ^aHospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ^bHospital General. Segovia. ^cNeurología. Hospital General. Segovia. España.

Un varón de 25 años fue remitido a nuestra consulta para valoración de infección del lecho ungueal de la primera uña del pie derecho, que había sido tratada con fluconazol durante 3 meses sin mejoría. En los últimos 3 años había tenido varias fracturas y úlceras en dedos de los pies con tórpida evolución que requirieron intervenciones quirúrgicas con material de osteosíntesis (ya retirado), que el paciente relacionaba con jugar al baloncesto. No refería otros antecedentes personales o familiares relevantes. En la valoración neurológica presentaba hiperpatía en calcetín desde tobillo y alteración de la sensibilidad propioceptiva en dedos de los pies, sin alteraciones motoras. El electromiograma mostró una afectación motora y sensitiva moderada-severa en extremidades inferiores compatible con polineuropatía axonal. Se habían descartado causas como alcohol, diabetes, enfermedad renal, vasculitis y alteraciones vitamínicas; los ANA, ANCA y las serologías para VIH, sífilis, hepatitis B y C y enfermedades transmitidas por garrapatas fueron negativos. A la exploración destacaba un llamativo engrosamiento con discreto eritema del primer y segundo dedo del pie derecho y segundo dedo del pie izquierdo, sobre todo en la falange distal, con aumento de grosor de la lámina ungueal con leve hiperqueratosis subungueal, además de braquioniquia y cicatriz de úlcera antigua en base del primer dedo del pie derecho. Presentaba varios dedos en garra y pies cavos. En pruebas de imagen recientes se observaba resorción del extremo distal de falange distal, artrodesis de articulación interfalángica proximal con extensas zonas de erosión/cambios postquirúrgicos y un marcado engrosamiento de la piel adyacente sugerente de cambios fibróticos/inflamatorios, por lo que realizamos una biopsia de piel que solo mostró leve inflamación crónica sin proliferación fibroscálica ni osificación. El diagnóstico final fue de cambios tróficos en uñas y dedos de los pies por polineuropatía (pendiente de estudio genético). Se indicaron cuidados podológicos de forma estricta. La afectación neuropática puede causar alteraciones tróficas debido a la falta de sensibilidad, que produce úlceras indoloras y cambios óseos que pueden alterar la anatomía ungueal. Se trata de un diagnóstico poco frecuente, especialmente en personas jóvenes, que debemos tener en cuenta.

P15. TRATAMIENTO DE LA TRICODINIA CON TOXINA BOTULÍNICA: ESTUDIO PILOTO EN UNA SERIE DE CASOS

L.A. Pérez González^a, A. Imbernón Moya^b, P. Burgos Blasco^{a,b}, M. González Ramos^a, F.J. Pérez Bootello^a, J. Naharro Rodríguez^a, S. Vañó Galván^b y D. Saceda Corralo^b

Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. ^bGrupo Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción. La tricodinia es una combinación de síntomas tales como dolor, ardor, sensación punzante y disestesias que afectan al cuero cabelludo. Es uno de los síntomas que más afecta la calidad de vida de los pacientes con alopecia y que resulta difícil de manejar ya que no mejora con los tratamientos habituales. En este estudio presentamos 12 pacientes con tricodinia que respondieron satisfactoriamente a toxina botulínica (TB).

Material y métodos. Se seleccionaron pacientes con tricodinia significativa (dolor medido con EVA mayor o igual a 5). Se recogieron variables clínicas y tricoscópicas de cada alopecia, y los principales síntomas asociados (prurito, escozor, tricodinia) antes de recibir el tratamiento y en las revisiones clínicas sucesivas. Se evaluó la gravedad de la alopecia según la escala más adecuada para cada patología, incluyendo el grado de tricodinia con escala analógica visual (EVA) y el Lichen Planopilaris Activity Index (LPPAI), este último para las alopecias cicatriciales. La infiltración de TB se realizó en mesoterapia con inyecciones de 2U separadas por 1 cm en distintas localizaciones del cuero cabelludo y una profundidad de 4 mm.

Resultados. Se trató un total de 12 pacientes, todas mujeres con una edad media de 52 años (rango 42-66 años). Las pacientes padecían alopecia frontal fibrosante (5 pacientes), liquen plano pilar (5 pacientes), alopecia androgénica femenina (1 paciente) y efluvio telógeno crónico (1 caso). Se produjo mejoría en 11 pacientes (91,6%) a los 14,1 días de media (rango 6-21 días). Se observó una disminución del eritema perifolicular, la hiperqueratosis perifolicular y el eritema difuso, así como una mejoría en dolor y escozor. La puntuación media de la EVA para tricodinia pasó de 7,73 a 1,54. El índice LPPAI descendió de 3,8 a 1,3. La paciente no respondió al tratamiento presentando mejoría a las 16 semanas, que no pudimos achacar a la TB.

Conclusiones. El tratamiento con TB para conseguir una mejoría sustancial y rápida de los síntomas asociados a la tricodinia, planteándose como una alternativa eficaz y segura para esta patología.

P16. "TÉCNICA DEL NUDO" EN ONICOCRIPTOSIS

I. Zapata Martínez, J.M. Camino Salvador, A. Martínez Fernández, J. Torres Marcos, E. Jiménez Blázquez y E. de Eusebio Murillo

Dermatología. Hospital General Universitario. Guadalajara. España.

La onicocriptosis es una patología inflamatoria del pliegue lateral de la uña producida por el enclavamiento anómalo de la lámina ungueal en los tejidos blandos provocando una reacción a cuerpo extraño. Entre los factores de riesgo más frecuentes para su aparición se encuentran los traumatismos repetidos, el corte inadecuado de las uñas y el uso de calzado ajustado. El dolor, las infecciones o la paroniquia recurrente son indicación de tratamiento. En los casos de enfermedad leve o moderada se prefieren tratamientos conservadores, basados en cuidados generales que intentan corregir los factores desencadenantes y medidas que buscan favorecer la separación del borde de la lámina ungueal como el "packing", introduciendo una mecha de algodón u otro elemento entre el pliegue y la lámina ungueal. Otro tratamiento conservador es el uso de corticoides intralesionales, acetónido de triamcinolona a 40 mg/ml, diluida en una proporción 1:5 con solución anestésica. Este procedimiento, repetido tres veces con un intervalo de tres semanas entre cada sesión ha mostrado eficacia incluso en casos avanzados. Aunque la matricectomía ha sido la técnica quirúrgica por excelencia existen alternativas más sencillas que han demostrado ser útiles. Una de ellas es la "técnica del nudo", que consiste en una extirpación en cuña del tejido de la cara lateral de la uña. Tras ello, se suturan los márgenes de la herida con entre 8 y 10 nudos sin cortar la sutura. Para elevar la lámina ungueal y evitar presión sobre el tejido subyacente, la aguja atraviesa la lámina y se realiza un nudo adicional sobre esta. La sutura se retira a las 5 semanas, y se recomienda no cortar las uñas durante los primeros 2 meses tras la cirugía. Combina la reducción del tejido blando prominente y el "packing" que en este caso se hace con los nudos. Los estudios muestran una mejora significativa en la recuperación y una reducción del dolor, ofreciendo una alternativa eficaz. En nuestra experiencia la combinación con corticoides intralesionales en el momento de la intervención y un control estricto posterior de los desencadenantes, especialmente insistiendo en el corte adecuado de la uña, aseguran una mejor respuesta y evitan las recaídas.

En conclusión, el tratamiento de la uña encarnada ha evolucionado hacia enfoques más conservadores, especialmente para casos leves o moderados.

P17. ANTÍGENOS IMPLICADOS EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: ANÁLISIS MULTIPLEXADO DE PROTEÍNAS MEDIANTE MICROARRAYS EN UNA COHORTE DE 282 PACIENTES

F.J. Pérez Bootello, C. Azcárraga Llobet, R. del Cristo Cova Martín, J. Naharro Rodríguez, M. González Ramos, L.A. Pérez González, Á. Hermosa Gelbard, S. Vañó Galván y D. Saceda Corralo

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

Antecedentes y objetivos. La alopecia frontal fibrosante (AFF) es una alopecia cicatricial progresiva que impacta significativamente en la calidad de vida de quienes la padecen. Un estudio GWAS identificó cuatro loci asociados a un mayor riesgo de desarrollar AFF, entre ellos un polimorfismo en el gen CYP1B1 y el alelo HLA B*07:02. Se postula que el alelo HLA B*07:02 podría facilitar la presentación de autoantígenos del folículo piloso, lo que desencadenaría una destrucción linfocítica autoinflamatoria del bulbo piloso y de las células madre epiteliales residentes. Sin embargo, los antígenos implicados en este proceso aún no han sido identificados. Presentamos un estudio exploratorio que tiene como objetivo identificar dichos antígenos y profundizar en la etiopatogenia de la AFF.

Métodos. Se presenta un estudio transversal realizado entre enero y septiembre de 2023 en un hospital público de tercer nivel. Se obtuvieron muestras de suero de 282 pacientes diagnosticadas de AFF en seguimiento en las consultas especializadas del centro y que habían dado su consentimiento para ser donantes del Biobanco. Se utilizó una novedosa técnica de microarrays de proteínas multiplexadas de alta densidad, que permite detectar niveles bajos de anticuerpos con alta precisión a partir de pequeños volúmenes de sangre en un sistema completamente automatizado. Se analizaron 100 antígenos seleccionados según la literatura científica previa.

Resultados. Se identificaron varios autoanticuerpos con valores significativamente elevados respecto al rango de normalidad. Entre los antígenos frente a los que estos iban dirigidos destacan: tropomiosina (el 19,5% de los sujetos presentó niveles muy elevados y el 38,7% niveles moderadamente elevados), proteína PMEL/SILV/gp100 (17,4% y 29,4%, respectivamente), CYP21A2 (21,6% y 17,4%), Zn8 (transportador de Zinc 8, 22,0% y 17,0%), CYP1B1 (0,4% y 5,0%), tirosinasa (25,2% y 13,5%), PDX1 (8,2 y 18,8%) y las subunidades H/K-ATPasa- α y β de la célula parietal gástrica (13,5% y 12,1%).

Conclusiones. Este estudio describe la presencia de autoanticuerpos comunes en una cohorte de pacientes con AFF. Su detección puede ayudar a definir nuevas áreas de investigación para conocer mejor la fisiopatología de la enfermedad y sus consecuencias. Destaca la presencia de antígenos relacionados con la pigmentación de melanocitos, entre otros antígenos.

P18. ERITRONQUIA LONGITUDINAL: REVISIÓN DE CASOS Y PROPUESTA DE MANEJO

J. Ceravalls, M. Iglesias-Sancho, M. Quintana Codina y M. Salleras Redonnet

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

Antecedentes. La eritroniquia longitudinal (EL) es una discromía de la lámina ungueal roja de morfología lineal. Se clasifica según si se localiza en uno (ELL) o varios dedos (ELP). La ELL, puede ser secundaria a múltiples etiologías, tanto benignas como malignas, las cuales pueden ser clínicamente indistinguibles. Curtis y Jellinek et al.

publicaron dos algoritmos sobre el manejo de ELL y ELP basados en la clínica, la evolución de la EL y las comorbilidades del paciente. En ambos, concluyen que solo la biopsia ungueal nos aportará el diagnóstico de certeza.

Métodos y objetivos. Hemos realizado una revisión de los casos de EL y su manejo diagnosticado en el servicio de Dermatología del Hospital Universitari Sagrat Cor del 2014 al 2024 con el objetivo de describir las distintas etiologías de EL así como su manejo en práctica clínica real.

Resultados. En nuestro centro todas las ELL han sido secundarias a patología benigna, siendo el onicopapiloma la causa más frecuente. Otras causas halladas incluyen el tumor glómico, la verruga vírica, el hematoma subungueal y el angioma telangiectásico benigno. Concurriendo con la literatura, el liquen plano ungueal junto a la enfermedad de Darier han sido las etiologías más prevalentes de ELP. Respecto al manejo de las EL, en la mayoría de casos se ha practicado una ecografía cutánea previa a la biopsia como complemento al algoritmo descrito. Esta técnica puede sugerir tanto el diagnóstico como la malignidad y permite una mejor planificación quirúrgica.

Conclusión. La EL constituye un signo clínico clave para el diagnóstico tanto de patología ungueal como enfermedades sistémica. Así mismo, proponemos la ecografía ungueal como una herramienta más para orientar la etiología junto a una correcta anamnesis y exploración física, previo a la biopsia ungueal.

P19. MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA DEL CUERO CABELLUDO CON BIMEKIZUMAB: UN CASO CLÍNICO COMPLEJO

S. Samer Tabbara Carrascosa, A. Imbernón Moya, F. Gruber Velasco, B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, M.J. Barros Eyzaguirre, M.D. Fernández, N. Silvestre Torner y K. Magaletsky Kharachko

Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

La hidradenitis supurativa (HS) del cuero cabelludo es una manifestación poco común de esta enfermedad inflamatoria crónica, que representa un desafío terapéutico considerable, especialmente en pacientes que no responden a múltiples tratamientos. Presentamos el caso de un hombre de 34 años con HS del cuero cabelludo sin comorbilidades asociadas, quien ha tenido una evolución complicada durante varios años. A pesar de recibir diversos tratamientos, incluyendo corticoides tópicos y orales, antibióticos sistémicos, isotretinoína, acitretino, dapsona, Adalimumab y Secukinumab, el paciente continuó presentando actividad inflamatoria y desarrolló psoriasis paradójica entre otras complicaciones. Debido a la ineficacia de los tratamientos anteriores, se inició Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe de manera dual IL-17A e IL-17F. Durante el seguimiento, el paciente mostró una mejoría en los síntomas, aunque persisten algunas lesiones y dolor en el cuero cabelludo. El tratamiento con Bimekizumab se presenta como una opción prometedora en este caso refractario, aunque se requiere un seguimiento a largo plazo para evaluar completamente su eficacia y seguridad. Este caso resalta la complejidad del manejo de la HS del cuero cabelludo y la necesidad de nuevas terapias biológicas en casos severos y refractarios. Además, subraya la importancia de considerar comorbilidades como la psoriasis paradójica al seleccionar el tratamiento adecuado.

P20. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DEL ONICOMATRICOMA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M. Quintana-Codina, M. Iglesias-Sancho, G. Melé-Ninot, M.Á. Sola-Casas y M. Salleras Redonnet

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

La ecografía Doppler de alta frecuencia permite valorar las diferentes estructuras del aparato ungueal y su vascularización en tiempo real. Es considerada la técnica de elección para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades inflamatorias y tumorales de la uña. Además, también es útil en la planificación quirúrgica de los tumores, así como para monitorizar la evolución de las enfermedades y valorar la respuesta a los tratamientos. Presentamos tres casos ecográficos de onicomatricoma. En dos de ellos la ecografía fue útil para confirmar el diagnóstico clínico de sospecha, puesto que mostraba las características típicas de este tumor. No obstante, en el caso restante, la ecografía no ayudó en el diagnóstico, debido a que mostraba características más sugestivas de un tumor maligno, como la destrucción de la tabla y el aumento de la vascularización. Sin embargo, fue útil en el seguimiento postquirúrgico, donde se pudo comprobar la normalización de las estructuras ungueales y la ausencia de recidiva tumoral nueve meses después de la cirugía. El onicomatricoma es un tumor benigno fibroepitelial poco frecuente que se origina en la matriz ungueal. Aunque su presentación clínica es muy característica (paquioxantoniquia, hemorragias en astilla, aumento de la curvatura ungueal y cavidades en la visión frontal de la tabla) el diagnóstico no siempre es fácil, especialmente en los casos hiperpigmentados o muy evolucionados, siendo necesario el diagnóstico diferencial con un tumor maligno. Ecográficamente, se muestra como una imagen hipoeoica excéntrica y de bordes mal definidos en la matriz y lecho proximal. Pueden observarse puntos o líneas hiperecoicas en su interior que se proyectan al espacio interlaminar. El tumor puede deformar y engrosar la tabla, aumentar el pliegue ungueal proximal, y erosionar o remodelar el hueso. Es especialmente útil su visualización en el eje transversal, observándose como una imagen hipoeoica en el espacio interlaminar con puntos hiperecoicos en su interior. Habitualmente es hipovascular o con un grado intermedio de vascularización con vasos de bajo flujo en el estudio con Doppler. Aunque las características del onicomatricoma también han sido descritas con otras técnicas de imagen, la ecografía sigue siendo la mejor técnica para el estudio de este tumor, pudiendo incluso evitar la cirugía si el paciente la rechaza.

P21. PERFIL INMUNOMETABÓLICO EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA GRAVE: UN ESTUDIO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

A. Soto Moreno, Daniel Muñoz Barba, Manuel Sánchez Díaz y Salvador Arias Santiago

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

Antecedentes. La alopecia areata (AA) es una forma de alopecia cicatricial de naturaleza autoinmune a la que se asocian otras comorbilidades. Si bien la coexistencia de otras patologías inmunomediadas es conocida y aceptada, la existencia de trastornos metabólicos y de un mayor riesgo cardiovascular en AA está a debate.

Objetivos. Evaluar el perfil metabólico e inmunológico en pacientes con diagnóstico de alopecia areata grave. Comparar los parámetros metabólicos y de riesgo cardiovascular con controles sanos.

Material y métodos. Estudio observacional de tipo caso-control. Pacientes con diagnóstico de AA grave, definido por un índice SALT superior a 40 (severity of alopecia tool), fueron emparejados con controles sanos por edad y sexo. Se recurrió a una analítica realizada en el mismo mes de la consulta para obtener parámetros del metabolismo glucídico, lipídico, así como marcadores de inflamación sistémica. Variables clínicas de riesgo cardiovascular fueron recogidas.

Resultados. Fueron incluidos 86 participantes (43 AA, 43 controles). Edad media 42 (± 15) años, 67,44% (58/86) mujeres, SALT medio 84,46 ($\pm 18,5$). Los pacientes con AA presentaron mayor tensión

arterial sistólica y diastólica, mayores niveles de triglicéridos y reactantes de fase aguda en sangre y menores niveles de colesterol HDL y vitamina D que el grupo control ($p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto al colesterol total, el colesterol LDL u otros parámetros de metabolismo glucídico. La prevalencia de hipotiroidismo autoinmune fue mayor en AA ($p < 0,05$), sin diferencias en la prevalencia de tabaquismo y diabetes mellitus tipo 2.

Conclusiones. Los pacientes con AA grave podrían tener un estado proinflamatorio sistémico que contribuyera a la disfunción endotelial y el síndrome metabólico.

P22. EFICACIA DE UPADACITINIB COMO TRATAMIENTO CONCOMITANTE DE LA ALOPECIA AREATA Y LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. García Núñez, R. Barabash Neila, A. Alcalá Ramírez del Puerto, C. Cruz Catalán, I. Khiar Fernández y J. Conejo Mir Sánchez

UGC de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. La alopecia areata (AA) es una enfermedad inmunomediada que conlleva la pérdida reversible del cabello y vello corporal. Hasta la introducción los inhibidores de JAK (iJAK), no se disponía de un arsenal terapéutico eficaz. Actualmente baricitinib y ritlecitinib son los únicos con indicación autorizada por la EMA para tratar alopecia areata. Presentamos el caso de una paciente con AA y colitis ulcerosa (CU) tratada con upadacitinib con buen resultado, así como la descripción de la eficacia de este fármaco en AA en solitario y con otras enfermedades.

Caso clínico. Paciente mujer de 41 años con AA universal y CU corticorretractaria. Tras diversos tratamientos para su alopecia, se decide inicio de iJAK, consensuándose con el servicio de Digestivo el inicio de upadacitinib para ambas patologías. A las 22 semanas de tratamiento, presenta respuesta favorable, con una caída del SALT del 75% y con repoblamiento parcial de cejas (85%) y pestañas (75%). Su enfermedad digestiva también ha sido controlada con el fármaco de forma satisfactoria.

Resultados. A pesar de la falta de la aprobación en nuestro medio de la indicación de upadacitinib para esta enfermedad del pelo, se describen casos de respuesta en AA, con una disminución mediana de SALT de 50 a 5 en 24 semanas. En cuanto al empleo de este fármaco en pacientes con AA asociada a otras enfermedades inmunomediadas, destaca la dermatitis atópica en la literatura, siendo la representación de la enfermedad inflamatoria intestinal mucho menor.

Conclusiones. Presentamos el primer caso descrito en España de empleo de upadacitinib en el tratamiento concomitante de AA y CU con repoblación casi total. A pesar de la ausencia de indicación aprobada actualmente, upadacitinib debería ser tenido en cuenta en la terapéutica de la AA en casos seleccionados.

P23. NÚDULOS ALOPÉCICOS Y ASÉPTICOS DEL CUERO CABELLUDO CON EVOLUCIÓN A CELULITIS DISECANTE. ¿DOS POLOS DE UN MISMO ESPECTRO?

V. Fernández Tapia^a, J.M. Mir Bonafé^b, M. Mir Bonafé^c, F. Terrasa Sagristá^d, C. Nadal Lladó^a y J.F. Mir-Bonafé^a

^a*Dermatología. Hospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

^b*Tricología Mir. Palma de Mallorca.* ^c*Hospital Universitari Son Espases y Tricología Mir. Palma de Mallorca.* ^d*Anatomía patológica. Hospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.*

Introducción. Los nódulos alopécicos y asépticos del cuero cabelludo (NAACC) son una entidad recientemente descrita, caracterizada

por nódulos alopécicos en el cuero cabelludo, solitarios o múltiples, principalmente en hombres jóvenes caucásicos. No suelen presentar signos inflamatorios y su evolución es benigna, con tendencia a la repoblación parcial o total. Por otro lado, la celulitis disecante del cuero cabelludo (CDCC) se manifiesta con nódulos inflamatorios supurativos que forman fistulas, generando alopecia cicatricial. Aunque parecen cuadros clínicos distintos, a veces resulta difícil diferenciarlos, lo que ha llevado a sugerir que los NAACC podrían ser una etapa inicial o forma leve de la CDCC. Presentamos un caso clínico que apoya esta posible evolución, sugiriendo que ambas patologías podrían pertenecer a un mismo espectro.

Caso clínico. Varón de 41 años con nódulos recurrentes del color de la piel, sin signos inflamatorios, en la región occipital y temporal, asociados a placas alopécicas. La biopsia mostró foliculitis supurada profunda y reacción granulomatosa, con cultivos bacterianos negativos. Con estos hallazgos se diagnosticó NAACC. Inicialmente, el paciente respondió al tratamiento con doxiciclina, logrando repoblación completa. Sin embargo, las lesiones evolucionaron hacia una forma inflamatoria, con nódulos supurativos, fistulas y alopecia cicatricial. El diagnóstico se modificó a CDCC y se inició tratamiento con isotretinoína y corticoides intralesionales, logrando un control aceptable, pero sin repoblación en las zonas afectadas.

Discusión. Este caso sugiere una posible progresión de NAACC a CDCC, apoyando la idea de que los NAACC no constituyen una entidad separada, sino una fase inicial de CDCC. Los NAACC podrían comenzar con síntomas limitados y evolucionar hacia una presentación más grave. Esto sugiere que ambas patologías podrían compartir mecanismos patogénicos comunes, como la oclusión folicular y la inflamación granulomatosa, justificando un tratamiento similar. Además, una intervención temprana podría evitar una evolución severa de la enfermedad.

Conclusión. Nuestro caso respalda la hipótesis de que los NAACC podrían representar una etapa inicial de CDCC. Esta observación sugiere la necesidad de reconsiderar la clasificación nosológica de los NAACC y la CDCC dentro del espectro de las enfermedades por oclusión folicular.

P24. CASOS DE FOLICULITIS DECALVANTE + ACNÉ QUELOIDEO DE LA NUCA: ¿ASOCIACIÓN CASUAL O CAUSAL?

M. Perello Roig^a, R. Taberner Ferrer^a, V. Fernández Tapia^a, B. Mas Matas^a, M. Mir Bonafè^b, J. M. Mir Bonafé^c, C. Nadal Lladó^a y J. F. Mir Bonafé^d

Dermatología. ^aHospital de Son Llàtzer. ^bHospital Universitari Son Espases y Tricología Mir. ^cTricología Mir. ^dHospital de Son Llàtzer i Tricología Mir. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Las denominadas “foliculitis cicatriciales” incluyen la celulitis disecante, la foliculitis queiloidea y la foliculitis decalvante. Estas entidades se clasifican dentro de las alopecias cicatriciales, caracterizadas por presentar una pérdida permanente de cabellos. Aunque pueden ser consecuencia de diferentes procesos, comparten el mismo sustrato histológico: la inflamación crónica del folículo piloso del cuero cabelludo. De etiología desconocida, se diferencian clínicamente por presentar diferentes lesiones elementales (pústulas, abscesos o cicatriz-queiloide). Sin embargo, en muchas ocasiones comparten hallazgos histológicos y características epidemiológicas. Se presentan cuatro casos de varones jóvenes que presentan de forma concomitante foliculitis decalvante y acné queiloideo de la nuca. Esta asociación, ya descrita previamente en la literatura, sugiere que ambas enfermedades podrían compartir mecanismos patogénicos similares y formar parte del espectro de una misma enfermedad. El hecho de que en cada entidad predomine un tipo de lesión, podría explicarse según la localización que afecte, la severidad de las lesiones y el grado de fibrosis, así como las características epidemiológicas del paciente.

P25. EFICACIA DE BARICITINIB EN LA REPOBLACIÓN DE LA BARBA EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA

C. Pacho Guerra, B. Santos Latasa, R.M. Domínguez López, P.J. Fernández Esparcia, D. Buendía Castaño y Á. Hermosa Gelbard

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

Introducción. La alopecia areata de la barba afecta aproximadamente al 10-20% de los pacientes con esta enfermedad, y tiene un impacto emocional significativo debido a su influencia en el aspecto físico. Un estudio retrospectivo previo ha señalado que en casi la mitad de los casos de alopecia areata con afectación exclusiva de la barba, la enfermedad se extendió posteriormente al cuero cabelludo, lo que subraya la importancia de un seguimiento a largo plazo.

Objetivo. Presentamos una serie de 14 pacientes con una mediana de edad de 41 años, tratados con baricitinib 4 mg diarios durante al menos 6 meses. Se excluyeron pacientes en pubertad debido al escaso desarrollo de caracteres sexuales secundarios, como la barba, y aquellos con menos de 6 meses de tratamiento.

Resultados. El 71,4% de los pacientes mostró una repoblación parcial de la barba, de los cuales tres cuartas partes padecían alopecia areata de tipo universal. La media en la puntuación SALT era de 60 al inicio del tratamiento. En el 63% de los casos se añadió minoxidil oral al tratamiento, observándose una mediana de 3 meses para la repoblación en el cuero cabelludo y de 6 meses en la barba. Por otro lado, la repoblación completa de la barba se alcanzó en el 21,4% de los pacientes, todos ellos con alopecia areata universal. Solo uno de estos pacientes estaba tomando minoxidil 5 mg oral. En este grupo, el tiempo medio para la repoblación fue de 6 meses para el cuero cabelludo y 9 meses para la barba. Un paciente presentó una recaída que afectó tanto a la barba como al cuero cabelludo. Además, se observó una reducción en el tiempo de repoblación en los pacientes que tomaban minoxidil oral.

Conclusión. Estos resultados subrayan la importancia de considerar la afectación de la barba en la evaluación de la alopecia areata, ya que esta zona no suele ser registrada de forma habitual ni incluida en las escalas de gravedad, sin embargo, es una zona con un impacto cosmético muy importante en los varones. Los datos hasta el momento sugieren que el tratamiento con baricitinib es eficaz en la repoblación de la barba, aunque se requiere un tiempo de tratamiento mayor en comparación con el cuero cabelludo. Estos hallazgos destacan la necesidad de un seguimiento más prolongado para observar los resultados definitivos y de aumentar el tamaño de la muestra en futuros estudios.

P26. MI BEBÉ TIENE UNA HERIDA EN LA CABEZA

M. Nazaret Olmos García, L. Moreno Hernández, C.M. Martorell Moreau, E. Vanrell Büse, A. Giacaman Contreras y A. Martín-Santiago

Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Las lesiones en la cabeza al nacimiento son relativamente frecuentes, sobre todo en relación con partos difíciles y/o instrumentados. La mayoría de estas son leves y no requieren tratamientos específicos. Sin embargo, ante el nacimiento de bebés con lesiones ulceradas a nivel de cuero cabelludo es importante realizar un correcto examen del recién nacido para descartar otras afecciones menos frecuentes pero potencialmente graves como, por ejemplo, la aplasia cutis congénita. Se presentan los casos de dos recién nacidos con diagnóstico de aplasia cutis congénita en cuero cabelludo. La primera paciente es una neonata de 10 días de vida derivada a dermatología por dos lesiones en cuero cabelludo de evolución tórpida presentes desde su nacimiento, que en un primer momento fueron orientadas como secundarias a extracción traumática por ventosa.

A la exploración presentaba dos lesiones ulceradas de aspecto estrellado en vértex craneal y occipucio, con un fondo fibrino-necrótico, cuyas características junto a los antecedentes familiares descubiertos posteriormente nos hicieron llegar al diagnóstico de aplasia cutis congénita autosómica dominante. El segundo paciente fue un neonato de nuestro hospital nacido tras un parto no traumático con una úlcera estrellada a nivel de vértex craneal junto con alteraciones faciales características con diagnóstico clínico de aplasia cutis congénita y diagnóstico genético de condrodysplasia punctata ligada al X por hemizigosis en el gen ASRL.

La aplasia cutis congénita es una afección cutánea poco frecuente consistente en la falta de áreas de piel al nacimiento de localización variable, siendo la más frecuente el cuero cabelludo. Se trata de una patología que puede constituir un defecto aislado o ir acompañada de otras anomalías del desarrollo. Por tanto, ante el nacimiento de un bebé con aplasia cutis es importante la realización historia clínica completa y una exploración física exhaustiva, prestando especial hincapié a la estructura derivadas del ectodermo, de cara a descartar posibles síndromes u otros trastornos asociados.

P27. ADALIMUMAB EN EL ESPECTRO FENOTÍPICO LIQUEN PLANO PILAR - FOLICULITIS DECALVANTE REFRACTARIO

L. Moreno Hernández^a, C.M. Martorell Moreau^a, M. Nazaret Olmos García^a, A. Munar Llabres^a, E. Vanrell Büse^a, I. Gracia Darder^a, C. Saus Sarrias^b y A. Giacaman Contreras^a

^aDermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

Antecedentes y objetivos. El liquen plano pilar y la foliculitis decalvante son el prototipo de alopecias cicatriciales con predominio de infiltrado linfocítico y neutrofílico, respectivamente. Recientemente se han publicado algunos casos de solapamiento de foliculitis decalvante y liquen plano pilar, en el que se combinan características clínicas, tricoscópicas e histopatológicas de ambas entidades, lo que se ha denominado “espectro fenotípico liquen plano - foliculitis decalvante”.

Métodos. Presentamos un caso de “espectro fenotípico liquen plano - foliculitis decalvante”, con difícil manejo clínico y persistencia de la actividad clínica, cuyo control de la enfermedad se obtuvo únicamente con adalimumab.

Resultados. Paciente de 59 años, con alopecia cicatricial de predominio en vértex, de más de 4 años de evolución. A la exploración física se observaban extensa placa cicatricial en vértex con múltiples pústulas foliculares en la periferia, eritema y áreas de politricia. La tricoscopia reveló pústulas foliculares, politricia, hiperqueratosis perifolicular y eritema. El estudio histopatológico mostró un infiltrado inflamatorio perifolicular mixto, de predominio linfocitario, con afectación de la región entre el istmo y el infundíbulo, junto con hiperqueratosis folicular.

Durante los 4 años de evolución de la enfermedad el paciente fue refractario a múltiples líneas de tratamiento, tales como corticoides tópicos e intralesionales, terapia fotodinámica, dapsona tópica y oral, doxiciclina, isotretinoína, acitretino, hidroxycloquin, ciclosporina y metotrexato, obteniendo una respuesta parcial a todos ellos. Dada la progresión de la enfermedad, se inició adalimumab 80 mg cada 14 días, presentando una respuesta completa a las 16 semanas de tratamiento, presentando ausencia de supuración, reducción considerable del eritema e hiperqueratosis perifolicular y en ausencia de progresión de la caída de pelo.

Conclusiones. En este trabajo se presenta un caso de “espectro fenotípico liquen plano pilar-foliculitis decalvante” que refleja las dificultades en el manejo de esta entidad. Resaltar los pocos casos publicados en la literatura sobre el uso de adalimumab en esta entidad y la importancia de no retrasar uso de adalimumab en casos graves, muy sintomáticos y refractarios a otros tratamientos.

P28. INEFICACIA DE MINOXIDIL ORAL EN ALOPECIA TRACCIONAL: SERIE DE 3 CASOS

I. Valladares Millán, M.I. Fernández Canedo y M. de Troya Martín

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

Introducción. La alopecia traccional se produce como resultado de la aplicación repetida y/o prolongada de tensión sobre el folículo piloso, generalmente por peinados tirantes y afectando a las regiones temporal y frontal. Si bien al inicio es un proceso no cicatricial y potencialmente reversible, su reconocimiento precoz es clave para interrumpir los malos hábitos de cuidado capilar y evitar que el proceso se haga irreversible. Las opciones terapéuticas son múltiples.

Casos clínicos. Presentamos los casos de 3 mujeres de 28, 30 y 34 años que consultaron por pérdida de densidad capilar en regiones temporales, dos con predominio derecho, de 2 años de evolución. La paciente más joven había realizado tratamiento con espironolactona oral y minoxidil tópico sin mejoría. Todas reconocían el hábito de realizarse peinados a tensión. Se decidió iniciar tratamiento con minoxidil oral a dosis de 1 mg en la paciente de menor edad y de 0,5 mg en las otras dos. Las tres fueron revisadas a los 6 meses sin mejoría subjetiva ni aumento de densidad capilar. **Discusión.** El tratamiento de la alopecia traccional incluye cambios conductuales y el uso de fármacos para detener la progresión y favorecer el recrecimiento de los folículos pilosos. No se han realizado ensayos clínicos controlados que establezcan escalones de tratamiento y las recomendaciones se basan en casos aislados y opinión de expertos. La fase evolutiva es el elemento fundamental que parece determinar la eficacia del tratamiento, si bien tampoco se ha establecido el umbral que separa las fases temprana y tardía. Ninguna de nuestras pacientes ha respondido al minoxidil oral, posiblemente porque ya se encontraban en fases avanzadas con fibrosis irreversible. Existen casos publicados de respuesta en pacientes con alopecia de años de evolución, por lo que el tiempo de evolución no debe ser el único factor a tener en cuenta.

Conclusiones. El diagnóstico temprano de la alopecia traccional es crítico para evitar la progresión de la pérdida folicular. El cese de peinados a tensión es la medida inicial y más importante. Presentamos una serie de 3 pacientes que no han respondido a tratamiento oral con minoxidil a dosis de 0,5-1 mg diario.

En casos avanzados, el trasplante capilar y la aplicación de técnicas cosméticas son las alternativas más razonables.

P29. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON BARICITINIB PARA ALOPECIA AREATA, PREDICTORES DE RESPUESTA TEMPRANA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO UNICÉNTRICO

M. Sánchez Díaz, D. Muñoz Barba, A. Soto Moreno y S. Arias Santiago

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

Introducción. La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune del folículo piloso que tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento con inhibidores JAK es una terapia recientemente implementada, para la cual todavía son necesarios datos que ayuden a seleccionar aquellos pacientes que se benefician más del tratamiento.

Objetivo. Describir los datos de eficacia y seguridad en pacientes con AA en tratamiento con baricitinib, así como evaluar los predictores de respuesta temprana.

Material y métodos. Estudio prospectivo que incluyó a pacientes con AA en tratamiento con baricitinib. Se recogieron datos de eficacia (Severity of Alopecia Tool, SALT) y seguridad, así como datos analíticos que se emplearon como potenciales predictores de respuesta. La respuesta temprana, a los 3 meses, se definió como el

porcentaje de pacientes que alcanzaron una reducción del 50% del SALT basal (SALT-50). Se exploraron los factores clínicos y analíticos asociados a la respuesta temprana.

Resultados. Se incluyeron un total de 44 pacientes, siendo el 65% mujeres, y con una edad media de 35 años. El SALT basal medio fue de 67,15%, el cual disminuyó de manera significativa a los 3 (51%), 6 (41%), 9 (27%) y 12 (22%) ($p < 0,01$). El porcentaje de respondedores precoces a los 3 meses fue del 30% (SALT-50). La respuesta precoz al tratamiento (SALT-50 a los 3 meses), tras la elaboración de un modelo de análisis multivariante, fue independiente de la gravedad basal, edad, sexo y presencia de hipotiroidismo ($p > 0,30$). Sin embargo, se asoció de manera independiente y estadísticamente significativa con mayores niveles de velocidad de sedimentación globular basal (VSG) ($p < 0,001$). Las reacciones adversas más frecuentes fueron la erupción acneiforme (6,8%) y las alteraciones analíticas (4,5%), que no requirieron la suspensión del fármaco.

Conclusión. Baricitinib fue eficaz y seguro para tratar a pacientes con AA grave. Un tercio de los pacientes mostró una respuesta precoz al tratamiento a los 3 meses. Los niveles de VSG basal, que podrían estar en relación con el estado pro-inflamatorio de la enfermedad, podrían ayudar a detectar aquellos pacientes que tendrían una rápida respuesta al tratamiento.

P30. IMPACTO DE LA ALOPECIA AREATA EN LAS DECISIONES VITALES

D. Muñoz Barba, M. Sánchez Díaz, A. Soto Moreno, A. Martínez López y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. La alopecia areata (AA) puede afectar hasta el 2% de la población a lo largo de su vida. Por ello, el impacto de esta patología en la calidad de vida ha sido ampliamente estudiado por diferentes autores. No obstante, hasta la fecha no hay estudios que evalúen la posible influencia de la AA en las decisiones vitales de este grupo de pacientes.

Objetivo. Evaluar el impacto de la AA en las decisiones vitales, y los posibles factores asociados.

Material y métodos. Estudio transversal que incluyó a pacientes con AA independientemente de su gravedad. El impacto en las decisiones vitales se evaluó mediante un cuestionario tipo Likert en el cual se recogieron las decisiones vitales mayores previamente validadas para afecciones cutáneas crónicas. También se completaron cuestionarios para evaluar la calidad de vida y se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con la AA.

Resultados. Se incluyeron un total de 52 pacientes, siendo la AA en múltiples placas la expresión más frecuente de la enfermedad. La proporción hombre: mujer fue de 1:3, con una edad media de 37,02 (DE 14,41) años. El SALT medio fue 39,52 (DE 39,00) y el tiempo medio de evolución 7,33 (DE 7,16) años. La mayoría de los pacientes consideraban que la gravedad de su alopecia era moderada (3,07, DE 1,33) en el momento de la entrevista, y que el impacto había sido elevado (3,04, DE 1,12) a lo largo de su vida. Las decisiones vitales mayores más afectadas en los pacientes con AA encuestados fueron el nivel de socialización, las relaciones de pareja, la forma de vestir y la elección de las vacaciones y actividades de ocio. La afectación en términos de decisiones vitales fue significativamente mayor en mujeres que en hombres ($p < 0,05$) independientemente de la edad y gravedad de la enfermedad.

Conclusión. Los resultados del estudio ponen de manifiesto el impacto significativo que la AA puede llegar a tener en determinadas decisiones vitales de los pacientes, especialmente en mujeres. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque integral en el tratamiento, considerando no solo variables relacionadas con la gravedad objetiva de la enfermedad, sino también su repercusión en diferentes ámbitos de la vida diaria de los pacientes

P31. INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA ALOPECIA AREATA EN LAS DECISIONES VITALES: EL SALT NO ES SUFICIENTE

C. Ureña-Paniego, D. Muñoz Barba, M. Sánchez Díaz y S. Arias Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. Existen numerosos trabajos acerca del impacto de la alopecia areata (AA) en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, las herramientas disponibles para evaluar este aspecto de manera rápida y fiable en la práctica clínica son escasas.

Objetivo. Evaluar si el impacto de la AA en las decisiones vitales se correlaciona con las principales escalas de gravedad y con los cuestionarios empleados más frecuentemente para estudiar el impacto en la calidad de vida.

Material y métodos. Estudio transversal que incluyó a pacientes con AA independientemente de su gravedad. El impacto en las decisiones vitales se evaluó mediante un cuestionario tipo Likert en el cual se recogieron las decisiones vitales mayores previamente validadas para afecciones cutáneas crónicas. También se completaron cuestionarios estandarizados para evaluar el impacto de la AA en la calidad de vida (DLQI, HADS, WHO-5) y se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad.

Resultados. Se incluyeron un total de 52 pacientes, de los cuales el 75% eran mujeres. Las medidas objetivas (índice SALT) y autopercebidas de gravedad de la AA no se correlacionaron con las alteraciones observadas en las decisiones vitales mayores, como tampoco lo hizo el tiempo de evolución de la enfermedad ($p > 0,10$). Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de bienestar WHO-5 se asociaron de manera estadísticamente significativa con la afectación moderada-grave de las decisiones vitales mayores de los pacientes ($p < 0,05$). Otras medidas estandarizadas de calidad de vida como los cuestionarios DLQI y HADS mostraron una asociación inconsistente con la alteración moderada-grave de las decisiones vitales mayores.

Conclusión. Los resultados del estudio nos permiten observar cómo las variables relacionadas con la gravedad de la enfermedad son insuficientes para detectar el impacto acumulado en las decisiones vitales de los pacientes con AA. El empleo de cuestionarios estandarizados que se correlacionen con el impacto en las decisiones vitales puede permitir realizar una primera aproximación eficiente al respecto.

P32. USO DE TOFACITINIB EN UNA PACIENTE DE 2 AÑOS CON ALOPECIA AREATA UNIVERSAL: PRIMER CASO REPORTADO

J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela, D.J. Sánchez Báez, A. Vicianá Tarife, M. Arteaga Henríquez, M. Markthaler y M.M. Pestana Eliche

Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. La alopecia areata (AA) es una condición autoinmune que causa pérdida de cabello, y que tiende a ser más agresiva en pacientes pediátricos. Los tratamientos convencionales suelen mostrar una eficacia limitada. Presentamos el caso de una paciente de 2 años con alopecia areata universal (AU) tratada con tofacitinib, destacando la eficacia y seguridad a corto plazo de este tratamiento en este grupo de edad.

Caso clínico. Paciente mujer de 2 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió con una historia de 2-3 meses de pérdida completa de cabello en el cuero cabelludo y el cuerpo. Ante el diagnóstico de AU se pautó tratamiento con minoxidil y corticosteroides sin respuesta. Tras discutir las opciones terapéuticas con la familia, se inició el tratamiento con tofacitinib a una dosis de 2 mg/día. Los análisis iniciales, incluyendo hemograma, perfil hepático y lipídico, fueron normales. Tras el inicio del tratamiento, a los 3 meses, se

observó una repoblación parcheada en el cuero cabelludo, y a los 6 y tras un aumento de la dosis a 3 mg/12 h la paciente mostró una repoblación completa del cabello. No se reportaron eventos adversos y los resultados de los análisis continuaron siendo normales.

Discusión. Aunque los inhibidores de JAK han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la AA en adolescentes y adultos, su uso en niños muy pequeños sigue siendo limitado. El tofacitinib se ha utilizado en otras patologías como la artritis ideopática juvenil a partir de 2 años mostrando un buen perfil de seguridad y tolerancia. Este caso resalta el potencial del tofacitinib en pacientes pediátricos menores de 4 años con AU, mostrando una repoblación capilar favorable sin efectos secundarios significativos. La respuesta terapéutica observada apoya la ampliación del uso clínico de los inhibidores de JAK en poblaciones más jóvenes.

Conclusión. Este es el primer caso reportado de una niña de 2 años tratada con tofacitinib para AU, mostrando un resultado positivo con una repoblación capilar extensa. El tofacitinib parece ser una opción de tratamiento segura y efectiva para la AA pediátrica, aunque se necesitan más estudios para establecer la dosis óptima y la seguridad a largo plazo en este grupo etario.

P33. COMBINACIÓN DE BARICITINIB CON MINOXIDIL ORAL EN EL TRATAMIENTO DE ALOPECIA AREATA GRAVE

B. Santos Latasa, D. Buendía Castaño, C. Pachó Guerra, P. Fernández Esparcia, R. Domínguez López y Á. Hermosa Gelbard

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

Introducción. La alopecia areata es una forma de alopecia no cicatricial que afecta al 2% de la población. Su etiopatogenia es fundamentalmente autoinmune. Actualmente, las opciones terapéuticas incluyen corticoides, inmunosupresores clásicos, minoxidil, inmunoterapia de contacto y los inhibidores de JAK (iJAK), de los cuales solo el baricitinib y el ritlecitinib están aprobados para casos graves. El minoxidil oral se considera un tratamiento adyuvante. En la literatura se ha demostrado que la combinación de minoxidil oral e iJAK (tofacitinib) es más beneficiosa que la monoterapia con el iJAK, consiguiendo reducciones medias de la puntuación SALT de hasta el 86,7%.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de la combinación de minoxidil oral con baricitinib en pacientes con alopecia areata grave.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de 25 pacientes diagnosticados de alopecia areata grave en tratamiento con baricitinib. Los criterios de inclusión fueron: tiempo de tratamiento mínimo de 6 meses con baricitinib, no haber recibido durante este periodo tratamiento adyuvante con corticoides (orales o intramusculares) ni otro inmunosupresor.

Resultados. De los 25 pacientes, 15 recibieron minoxidil oral en combinación con baricitinib, mientras que 10 fueron tratados únicamente con baricitinib. Se comparó la evolución del índice SALT en ambos grupos al inicio, y a los 3, 6 y 9 meses.

En el grupo sin minoxidil (n = 10), el 70% eran varones, con una edad media de 34,6, y la alopecia multifocal fue el tipo predominante. En el grupo con minoxidil (n = 15), el 80% eran mujeres, con una edad media de 44,73 años, y la alopecia areata universal fue el tipo predominante. Las dosis diarias de minoxidil oral fueron de 1 mg en mujeres y 5 mg en hombres.

Conclusión. El minoxidil oral en combinación con baricitinib podría ofrecer mejores resultados en el tratamiento de la alopecia areata grave, sugiriendo un posible efecto sinérgico entre ambos fármacos. A pesar de las diferencias iniciales en la gravedad de la enfermedad entre los grupos, los pacientes tratados con la combinación lograron una reducción más significativa en el índice SALT a lo largo del tiempo. Estos resultados preliminares apoyan la utilidad del minoxidil oral como un complemento eficaz, aunque se requiere un seguimiento más prolongado para confirmar su papel en la prevención de rebotes.

P34. EFICACIA DEL BARICITINIB EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 83 PACIENTES SEGÚN LA DURACIÓN ACTUAL DEL BROTE

R. del Cristo Cova Martín, A. Lecumberri Indart, D. Hernández Calle, L.A. Martínez de Salinas, F.J. Pérez Bootello, D. Buendía Castaño y Á. Hermosa Gelbard

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

Introducción. La alopecia areata es una enfermedad autoinmune que provoca la pérdida de cabello y puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Recientemente, los inhibidores de JAK, como el baricitinib, han mostrado resultados prometedores en el tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo, existen pocos datos sobre cómo el tiempo transcurrido desde la última repoblación capilar afecta la eficacia de este tratamiento.

Objetivo. Evaluar la tasa de repoblación capilar en pacientes con alopecia areata tratados con baricitinib, estratificando los resultados en función del tiempo transcurrido desde la última repoblación antes de iniciar el tratamiento.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de 83 pacientes diagnosticados de alopecia areata, tratados con baricitinib en nuestro centro entre febrero de 2023 y septiembre de 2024. Los pacientes fueron divididos en tres grupos según el tiempo desde su última repoblación capilar antes del tratamiento: Grupo A (< 6 meses), Grupo B (6-12 meses), Grupo C (12-36 meses) y Grupo D (> 36 meses). La tasa de repoblación capilar fue evaluada clínicamente a los 3 y 6 meses de tratamiento mediante fotografías estandarizadas y puntuaciones basadas en la escala de Severidad de la Alopecia en el Cuero Cabelludo (SALT), valorando el porcentaje de variación sobre el basal al iniciar tratamiento.

Resultados. Los Grupos A y B presentaron la mayor tasa de repoblación a los 6 meses alcanzando una reducción en su puntuación SALT de 64% y 63% respectivamente, mientras que los grupos C y D mostraron reducción del 54% y 35%. La diferencia en la tasa de repoblación entre los grupos fue estadísticamente significativa.

Conclusiones. El tiempo transcurrido desde la última repoblación capilar puede influir en la respuesta al tratamiento con baricitinib en pacientes con alopecia areata. Los pacientes con menos tiempo desde la última repoblación parecen beneficiarse más rápidamente del tratamiento, lo que sugiere que el inicio temprano del tratamiento podría ser crucial para maximizar su eficacia e incluso cambiar el curso de la enfermedad. Se requieren más estudios para confirmar estos resultados y evaluar la eficacia a largo plazo.

P35. EFECTIVIDAD DE BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA GRAVE EN SEMANA 36: EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON 31 PACIENTES TRATADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

A. Alcalá Ramírez del Puerto, R. Barabash Neila, A. García Núñez, M. Morillo Andújar, M. T. Monserrat García y J. Conejo Mir Sánchez

Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivo. En 2022 la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó baricitinib, un inhibidor de JAK1/2 para su uso en adultos con AA grave en base a los resultados de los ensayos clínicos BRAVE-AA. Este estudio retrospectivo en vida real tiene como finalidad evaluar la eficacia de baricitinib oral en el tratamiento de los diferentes subtipos de AA, así como analizar su tolerancia y perfil de seguridad.

Material y método. Se presenta una serie de casos de 31 pacientes (9 a 67 años) con AA refractaria grave (25 con AAU, 3 en placa y 3 ofásicas) que fueron tratados con baricitinib oral entre julio de 2018 y septiembre de 2024 durante al menos 36 semanas. Para de-

terminar la respuesta al tratamiento, se utilizó la escala de gravedad de la alopecia (SALT) en la semana 0, 12, 24 y 36. El objetivo primario del estudio fue la obtención de una puntuación en SALT menor o igual a 20 en la semana 36.

Resultados y discusión. La media de edad de los pacientes fue de 37,7 años, la media de años de evolución fue 9,2 años y el SALT medio al inicio del tratamiento fue de 85,3. La reducción media de SALT en la semana 36 fue de 52,16 y el 54,5% de los pacientes lograron alcanzar el objetivo primario de un SALT menor o igual a 20 en la semana 36. Todos los casos con AA ofiásica y en placas alcanzaron el objetivo primario. Solo en un caso hubo que suspender el tratamiento debido a astenia importante y en 4 casos se produjo elevación leve-moderada de LDL que motivó inicio de tratamiento hipolipemiante. Siete de los pacientes habían realizado tratamiento previo con tofacitinib y en 6 de ellos se observó una clara mejoría (reducción media de SALT de 22,16 a la semana 36 en este subgrupo). Los resultados muestran una mayor eficacia que la obtenida en los ensayos clínicos BRAVE-AA (el porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo primario fue de 54,5% vs 38,8%). El tratamiento fue usado con seguridad en 3 pacientes oncológicos con neoplasias en los últimos 5 años (dermatofibrosarcoma protuberans, adenocarcinoma de próstata y tumor germinal mixto testicular) sin reactivación de las mismas.

Conclusión. Baricitinib se presenta como una opción eficaz y segura para el tratamiento de la alopecia areata grave y sus distintos subtipos, siendo una alternativa a considerar en pacientes que no han mostrado respuesta a tofacitinib.

P36. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A BARICITINIB EN PACIENTES CON ALOPECIA AREATA LEVE-MODERADA (SALT $\leq$ 50)

L. Alonso Martínez de Salinas^a, D. Hernández Calle^a, R. del Cristo Cova Martín^a, A. Lecumberri Indart^a, M. Domínguez Santás^b, D. Buendía Castaño^b, S. Vañó Galván^b, D. Saceda Corralo^b y Á. Hermosa Gelbard^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Unidad de Tricología. Grupo Pedro Jaén. Madrid. España.

Introducción y objetivo. Los inhibidores JAK, como baricitinib, han mostrado eficacia en alopecia areata (AA) grave, pero apenas existen estudios en formas más leves. Este estudio evalúa la eficacia de baricitinib en AA leve-moderada.

Material y métodos. Se incluyeron 17 pacientes con un SALT $\leq$ 50 tratados con baricitinib 4 mg/día durante al menos 6 meses en las unidades de tricología de dos centros. Se evaluaron edad, sexo, tratamientos sistémicos previamente empleados (excluyendo corticoides), SALT inicial, a los 3 y 6 meses, eventos adversos y motivos de inicio de baricitinib. Todos los pacientes recibieron además minoxidil oral en dosis variable (0,5-5 mg/día).

Resultados. Se compara el descenso medio del SALT frente al ensayo BRAVE.

Discusión. Este estudio aporta evidencia preliminar sobre la eficacia de baricitinib en AA leve-moderada. Se observó que los pacientes que alcanzaron un SALT 0 en el mes +3 mantuvieron la mejoría durante todo el seguimiento, sugiriendo que baricitinib podría estabilizar la enfermedad en fases tempranas. No obstante, diversos factores influyeron en los resultados. Algunos pacientes comenzaron el tratamiento con un SALT bajo (0-5) debido al uso previo de inmunosupresores, lo que disminuyó la media del SALT en el mes 0. En segundo lugar, aunque algunos respondieron tempranamente, otros experimentaron un empeoramiento paradójico en el mes +3. Esto podría deberse a la suspensión brusca de inmunosupresores como ciclosporina o metotrexato, lo que sugiere que estos tratamientos podrían haberse mantenido junto a baricitinib durante los primeros meses para evitar este fenómeno. El uso de baricitinib,

aunque sin indicación financiada en estos casos, estuvo justificado: algunos pacientes habían superado el tiempo recomendado con inmunosupresores, otros no los toleraron o no respondieron a múltiples líneas de tratamiento y algunos pudieron costearlo por su cuenta. Los efectos adversos observados fueron leves y, en su mayoría, se resolvieron con tratamiento sintomático.

Conclusión. Baricitinib ha demostrado ser eficaz y seguro en pacientes con AA leve-moderada. Estos resultados son preliminares, y se requiere un seguimiento más prolongado para confirmar su eficacia, así como estudios adicionales para optimizar la transición desde otros inmunosupresores.

P37. NEUROFIBROMA DIFUSO DEL CUERO CABELLUDO COMO CAUSA INFRECIENTE DE ALOPECIA DE LARGA EVOLUCIÓN

C.M. Martorell Moreau^a, M. Nazaret Olmos García^a, L. Moreno Hernández^a, E. Vanrell Büse^a, C. Saus Sarrias^b, A. Giacaman Contreras^a y A. Martín Santiago^a

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

Introducción. La alopecia puede tener múltiples causas, incluidas las enfermedades inflamatorias, deficiencias nutricionales, infecciones, traumatismos y medicamentos. De forma excepcional, puede ser consecuencia de neoplasias cutáneas benignas o malignas, o de metástasis en el cuero cabelludo.

Caso clínico. Paciente varón de 47 años con alopecia localizada en la región temporoparietal del cuero cabelludo de 30 años de evolución, asintomática. En la exploración física se evidenció una tumoración de 22 cm de longitud, blanda y elevada. La biopsia cutánea reveló una proliferación de células fusiformes en la dermis, dentro de un estroma laxo y mixomatoso. Las células mostraban núcleos elongados, uniformes y levemente ondulados, acompañadas de una moderada cantidad de mastocitos. La inmunohistoquímica fue positiva para S100 y negativa para CD34, confirmando el diagnóstico de neurofibroma difuso. El análisis genético no mostró mutaciones en los genes NF1 y NF2.

Discusión. El neurofibroma difuso es una variante infrecuente de neurofibroma que tiende a presentarse como una lesión única con crecimiento infiltrativo, a menudo imitando a tumores malignos. Las técnicas de imagen son útiles para determinar la extensión y relación anatómica del tumor con las estructuras cercanas. Histológicamente, estos tumores son mal delimitados e infiltran el tejido dérmico y subcutáneo. Están compuestos por células fusiformes alargadas con núcleos redondeados o fusiformes, rodeadas por un estroma laxo de colágeno. La excisión quirúrgica es el tratamiento de elección, especialmente en lesiones grandes o dolorosas. Sin embargo, el tamaño del tumor y su vascularización pueden complicar el procedimiento. Las recurrencias son frecuentes incluso después de la resección completa, por lo que se recomienda un seguimiento anual para monitorear posibles recidivas o transformaciones malignas.

P38. CUANDO LA DERMATOSCOPIA CONFUNDE: FIBROQUERATOMA ACRAL ADQUIRIDO SIMULANDO UN QUISTE MIXOIDE

D.J. Sánchez Báez, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela, A. Vicianá Tarife, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques y D. Ramos Rodríguez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

Introducción. El uso creciente de la dermatoscopia en la práctica clínica diaria ha facilitado un diagnóstico clínico más preciso en el

campo de la oncología cutánea. La uña puede verse afectada por distintos tumores como onicopapilomas, quistes mixoides, fibroqueratomas acrales adquiridos, exóstosis, granulomas piogénicos, entre otros. El presente caso demuestra la inespecificidad de esta técnica en algunas neoplasias.

Caso clínico. Mujer de 25 años sin antecedentes de interés que consultaba por una lesión de rápido crecimiento en el eponiquio del 4º dedo de la mano izquierda. A la exploración se observaba una pápula eritematosa brillante de 0,5 cm que en la dermatoscopia presentaba vasos lineales y ramificados sobre un fondo rosado. Se descartó el diagnóstico de exóstosis en el estudio radiográfico y de quiste mixoide tras intentar drenar el contenido de la lesión. Se decidió realizar una biopsia que describía una proliferación de células fibroblásticas asociada a acantosis irregular e hiperqueratosis. Estos hallazgos eran compatibles con un fibroqueratoma acral periungueal.

Discusión. El fibroqueratoma acral adquirido (FAA) es un tumor fibroso benigno e infrecuente que tiende a afectar el aparato ungueal, relacionándose con los traumatismos de repetición. Afecta con más frecuencia a varones, con una edad promedio de 40 años, al contrario que nuestro caso. Clínicamente se manifiesta como pápulas o nódulos rosados o del color de la piel de morfología cupuliforme o digitiforme. La histología del FAA se caracteriza por una proliferación dérmica variable de fibroblastos acompañados por fibras colágenas y elásticas, cubierta por epidermis acantósica con hiperqueratosis ortoqueratósica. La dermatoscopia es inespecífica, destacando las áreas centrales amarillas homogéneas, collaretes descamativos periféricos, lagunas rojas homogéneas septadas o proyecciones filiformes. Los quistes mixoides también presentan hallazgos dermatoscópicos variables, pero la presencia de vasos lineales ramificados se reporta en más de la mitad de los casos.

Conclusión. El fibroqueratoma acral adquirido es un tumor poco frecuente que puede simular clínica y dermatoscópicamente un quiste mixoide.

P39. DIAGNÓSTICO MEDIANTE TRICOGRAMA DEL SÍNDROME DEL CABELLO EN ANÁGENO SUELTO

A.J. Castillo Botero, C. Campoy Carreño, L. García Almazán, M. Torrent García, J. M. Sánchez Sánchez, T. Amanda Hernández Gómez, F. Alarcón Soldevilla y Á. López Ávila

Dermatología. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

El síndrome del cabello en anágeno suelto es un trastorno raro del ciclo capilar que afecta principalmente a niños en edad preescolar. Se caracteriza por la incapacidad del cabello para fijarse correctamente en el cuero cabelludo durante la fase de crecimiento (anágena). Para su diagnóstico, es fundamental realizar una anamnesis meticulosa y un tricograma. Presentamos el caso de un paciente preescolar de 21 meses con una historia de caída y falta de crecimiento capilar desde los 7 meses de edad. En la exploración física, presentaba cabello corto y una calva en la región occipital, sin otros síntomas ni malformaciones ectodérmicas asociadas. Tras completar la anamnesis y la exploración física, se decidió realizar un tricograma, extrayendo el cabello utilizando pinzas de Halsted mosquito rectas. Durante la extracción, se observó la facilidad con la que se desprendía el cabello y la ausencia de dolor durante el procedimiento. El examen al microscopio óptico reveló una gran cantidad de pelos en anágeno distróficos, con bulbos en forma de “palo de hockey” o “palo de golf”, y cutícula proximal desflecada. Bajo luz polarizada, se identificó el típico aspecto en sacacorchos de la cutícula. En el diagnóstico diferencial, se descartaron otras patologías capilares infantiles, como la alopecia areata y el síndrome del anágeno corto. Con el diagnóstico confirmado, se decidió mantener al paciente en seguimiento sin tratamiento, dada la tendencia natural a la mejoría que presenta la enfermedad.

El diagnóstico del síndrome del cabello en anágeno suelto puede realizarse de manera eficiente mediante una anamnesis adecuada y confirmación con tricograma, especialmente en niños con pérdida difusa de cabello sin otros signos clínicos asociados. Aunque es un trastorno benigno, es fundamental diferenciarlo de otras causas de alopecia para evitar tratamientos innecesarios.

P40. TRICOTILOMANÍA, UN MOTIVO DE CONSULTA A TENER EN MENTE

C. Romina Martínez Mera, M. Loro Pérez, R. Cabeza Martínez, E. López-Negrete Arenal, M. Elosua González, L. Turrión Merino, I. Salguero Fernández, M. Grau Pérez, Á.M. Rosell Díaz, D. Camacho García, J. Martínez Mariscal, F. Alfageme Roldán, M.M. Sigüenza Sanz, M. Hospital Gil y G. Roustán Gullón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

La tricotilomanía es una patología en el espectro de los desórdenes obsesivos compulsivos, donde los pacientes se arrancan el pelo de manera recurrente, resultando en placas de alopecia difusa o localizada del cuero cabelludo, cejas, pestañas u otras zonas pilosas. Tiene una prevalencia que oscila entre 0,5-2%. No está clara su etiopatogenia. Presentamos una serie de casos clínicos valorados en consulta, donde los pacientes presentaban clínica con afectación de alopecia de cuero cabelludo preferentemente, con el hallazgo característico de pelos rotos a diferentes alturas y tricoptilosis, y donde los hallazgos tricoscópicos como tallos pilosos rotos, puntos negros, puntos amarillos, pelos enroscados, pelos en tulipán, pelos en llama, pelos en signo de exclamación, eran de gran utilidad para apoyo diagnóstico ante la sospecha clínica. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra la alopecia areata, la tinea capitis, el efluvio telógeno, la sífilis y la alopecia traccional. Dentro de las comorbilidades presentan de base otros trastornos psiquiátricos hasta en el 80% de los casos, predominando los trastornos depresivos y ansiosos. En su manejo es clave que el paciente y la familia entiendan la condición, y de esta manera se pueda instaurar un tratamiento adecuado según el caso, debemos destacar que en el caso de los niños ayudó a detectar situaciones de conflicto escolar y de violencia intrafamiliar. En el tratamiento se encuentran medidas farmacológicas (inhibidores de recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, N-acetilcisteína, memantina, antipsicóticos, etc.) y no farmacológicas (terapia cognitivo-conductual, dispositivos electrónicos, micro-needling, etc.). En resumen se trata de una patología que puede ser detectada fácilmente con la exploración clínico-tricoscópica, que nos puede entregar información relevante de situaciones sociales infravaloradas y que representa un desafío terapéutico, que debe ser instaurado mediante un equipo multidisciplinar.

P41. MELANOMA CON AFECTACIÓN COMPLETA DEL CUERO CABELLUDO EN UN TRASPLANTADO CARDIACO

E. Fonseca Capdevila^a, S. Paradelo de la Morena^a, W. Martínez Gómez^a, Á. González González^a, F.J. Queipo Gutiérrez^b, L. Mesa Álvarez^a e I. Martín Loureiro^a

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

Paciente con antecedentes de trasplante cardiaco por miocardiopatía dilatada en 2011, por lo que recibe tratamiento con micofenolato de mofetilo y everolimus. Anticoagulado por fibrilación auricular. Consulta en noviembre de 2023 por lesiones pruriginosas de larga evolución en cuero cabelludo que habían sido diagnosticadas de dermatitis seborreica y tratadas con clobetasol tópico. La

exploración mostró una superficie erosiva-pustulosa con supuración y formación de costras amalgamadas con el cabello en toda la superficie del cuero cabelludo, apreciándose en algunas zonas una coloración marrón grisácea. Se prescribió tratamiento con cefuroxima oral y ácido fusídico tópico y se realizó una biopsia que mostró un melanoma de extensión superficial ulcerado de al menos 3 mm de espesor. El cultivo fue positivo para *Staphylococcus lugdunensis* y negativo para hongos. Un mapeo con punches demostró afectación de todo el cuero cabelludo por melanoma. BRAFV600r mut. NRAS wt. PL-1 0% confirmado en todas las biopsias. No se detectaron metástasis a distancia en el estudio de extensión. Se consideró la tumoración irresecable y se inició tratamiento con encorafenib y binimetinib en diciembre de 2023. Se ha observado una regresión del 50% de la lesión, pero en septiembre de 2024 se detectan metástasis en ganglio retroparotideo y mucosa esofágica. Creemos que este caso, absolutamente excepcional, aporta la enseñanza de una correcta formación dermatológica para el tratamiento de las alteraciones de la piel y el cuero cabelludo.

P42. ALOPECIA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

P. Fernández-Crehuet Serrano, C. Guijarro Sánchez, I. Suárez Vergne, D. Díaz Ceca, J. de Luque Fernández, I. Rivera Ruiz, M.J. Cencerrado, C. Mochón Jiménez, A. Ballesteros Antúnez, J. Ruano Ruiz, A. Velez-Nieto

Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica, progresiva e inflamatoria, mediada por el sistema inmunológico, que se caracteriza por la presencia de nódulos, abscesos y fistulas en ubicaciones típicas como las axilas, la ingle, los glúteos y la zona submamaria. Una localización menos común es el cuero cabelludo. La descripción clásica de la tétrada de oclusión folicular incluye la asociación de HS con acné conglobata, seno pilonidal y celulitis disecante (CD). La práctica clínica en consultas especializadas en HS pone de manifiesto que no solo este tipo de alopecia está presente en estos pacientes.

Objetivo. Describir el perfil clínico de los pacientes con HS que presentan lesiones en el cuero cabelludo, identificar el tipo de afectación y sus características, establecer su relación con el curso de la HS y describir los tratamientos más empleados. Asimismo, estudiar el impacto en la calidad de vida en estos pacientes.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en la clínica especializada en HS del Hospital Reina Sofía de Córdoba, que presentaron afectación del cuero cabelludo y HS. De los 31 pacientes iniciales solo se incluyeron los 20 que tenían todos los datos recogidos y se recopilaban las características clínicas de los pacientes y el tipo de afectación en el cuero cabelludo. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0, aplicando las pruebas estadísticas adecuadas según las características de las variables. Se aceptó una significancia estadística de $p < 0,1$ debido al tamaño de la muestra y la heterogeneidad de los datos.

El impacto en la calidad de vida causado por la HS en general, y específicamente por la afectación del cuero cabelludo, se midió utilizando las escalas validadas ****Hidradenitis Suppurativa Quality of Life Score**** (HiSQoL) y ****Hair Specific Skindex-29 Score**** (HS-S29), respectivamente. La gravedad de la alopecia se definió según la superficie afectada del cuero cabelludo.

Resultados y discusión. Se presentarán en tablas los resultados descriptivos obtenidos. EL estudio estadístico demostró de forma significativa una dependencia entre el fenotipo de HS y el tipo de afectación del cuero cabelludo, así como una diferencia en la severidad media de la afectación del cuero cabelludo según el fenotipo de HS presentado por el paciente, con una comparación post hoc entre los tres grupos que confirmó que la gravedad media es significativamente mayor en pacientes con el fenotipo folicular (en comparación con el fenotipo inflamatorio y mixto. Además se evidenció que la gravedad media de la afectación del cuero cabelludo difiere según la localización de la afectación.

Conclusiones. Este estudio piloto sugiere que el perfil más común de un paciente con HS y afectación del cuero cabelludo es un hombre de 36 años, fumador, con sobrepeso u obesidad, con afectación leve o moderada de la enfermedad y un fenotipo folicular o mixto. El tipo más frecuente, aunque no exclusivo, de afectación del cuero cabelludo fue la celulitis disecante, de gravedad leve a moderada, localizada en varias áreas (predominantemente en la región occipital), con una respuesta parcial a los tratamientos, en particular al adalimumab y, en nuestra experiencia, al ozenoxacino tópico. El curso de la enfermedad es predominantemente independiente de la actividad de la HS y tiene un impacto severo en la calidad de vida de los pacientes en general. El fenotipo folicular se asocia con una mayor severidad de la afectación del cuero cabelludo, en contraste con los fenotipos inflamatorio y mixto. El principal factor limitante es el tamaño de la muestra y su naturaleza retrospectiva.