



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

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

Málaga, 30 de noviembre - 1 de diciembre de 2018

Comunicaciones orales

Cirugía

CC1. COMITÉ MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDRADENITIS: NUESTRA EXPERIENCIA

P. Garbayo Salmons^a, J. Romaní Gabriel^a, A. Casulleras González^a, A. Palliser Llovera^a y C. Ferrer de la Fuente^b

^aHospital Parc Taulí. Sabadell. ^bConsorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. Tradicionalmente, el tratamiento de la hidradenitis supurativa grave supone un gran reto porque requiere un abordaje médico y quirúrgico integrado. Presentamos nuestra experiencia tras impulsar un comité multidisciplinar para abordar el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Métodos. Se trata de un estudio descriptivo transversal que recoge 104 pacientes que fueron evaluados en dicho comité desde su instauración en setiembre de 2015 hasta julio de 2018. En dicho comité participan los servicios de Dermatología, Cirugía General y Digestiva, y Cirugía Plástica.

Resultados. Cada uno de los pacientes presentados a comité por el Servicio de Dermatología se redirigió a uno de los servicios para acometer el tratamiento quirúrgico. Finalmente, 47,9% de los pacientes intervenidos fueron operados por cirugía plástica, 41,7% por cirugía general y 10,4% por dermatología. Las pérdidas antes de la cirugía representaron un 18,3%. Entre las características de los pacientes, cabe destacar que la mayoría de ellos sufrían una enfermedad moderada o grave (32,7% con Hurley II y 42,3% con Hurley III), siendo las áreas anatómicas más afectadas la axilar (51,9%) y la inguinal (41,3%), mientras que las más frecuentemente intervenidas fueron la axilar (38,1%), seguida de la glútea (26,2%). Realizamos ecografía de partes blandas en la consulta a todos los pacientes, ecografía endoanal a un 18,3% y RMN abdominopélvica a un 12,5%. El destechamiento o derofing se posicionó como la técnica quirúrgica más empleada (hasta en 22,1% de los casos). En cuanto al resultado posquirúrgico un 63,4% obtuvieron un resultado

satisfactorio, un 19,5% presentaron dehiscencia de la herida quirúrgica y el 17,1% recidivaron. El 15,4% de los pacientes incluidos estaban en tratamiento con un biológico antes de la cirugía y lo mantuvieron tras la intervención, siendo necesario rescatar a pacientes ya intervenidos con un nuevo biológico en 6 casos.

Conclusiones. Creemos que los comités multidisciplinarios son una herramienta útil para adecuar el tratamiento y mejorar el seguimiento de los pacientes con hidradenitis, sobre todo en aquellos casos con enfermedad grave o de difícil control.

CC2. RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA: COLGAJOS COMBINADOS TRAS CIRUGÍA DE MOHS

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

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

Introducción. La cirugía de Mohs nos permite el tratamiento quirúrgico oncológico completo en la mayoría de los casos y posteriormente una reconstrucción del defecto expuesto en un mismo día. **Caso clínico.** Presentamos diferentes casos de carcinoma basocelular de alto riesgo extirpado mediante cirugía de Mohs y tras varios pases los márgenes han estado libres de tumor, lo que nos ha permitido realizar una reconstrucción compleja con varios colgajos combinados. En los casos que presentamos, la mayoría de los defectos están en la zona centofacial pero también mostramos un caso en la zona cigomática de un paciente muy joven que requirió cuatro pases de cirugía de Mohs y otro caso de una paciente con lesión en la zona temporal que mostró márgenes libres tras dos pases. En nuestros pacientes, debido al gran defecto de continuidad y las características epidemiológicas de los mismos, se rechazaron las opciones de segunda intención para disminuir el tiempo de recuperación y todo ello gracias a la confirmación de la ausencia de tumor. Combinamos colgajos sencillos como la trasposición, el avance o el avance-rotación con colgajos con pedículo y con grandes injertos de piel total.

Conclusiones. El gran reto para el cirujano dermatológico es la cirugía de Mohs, una cirugía que nos impide planear, barajar distintas opciones terapéuticas o simplemente plantear una opción más o menos acertada.

da con el primer pase, puesto que sabemos cuál será el defecto inicial pero no el final. Es importante informar de todos estos procesos al paciente, pero no menos importante, que el cirujano esté formado y preparado para plantear cambios con respecto al planteamiento inicial y sobre la marcha, decidir cuál será la opción quirúrgica más adecuada individualizando según el defecto y las características del paciente. En definitiva para una adecuada oncología cutánea en pacientes de alto riesgo, se recomienda excelencia quirúrgica.

CC3. DISEÑO EN FORMA “DE PEZ”: UNA OPCIÓN PRÁCTICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTOS SITUADOS EN LA PIRÁMIDE NASAL

M. Lova Navarro, A.M. Victoria Martínez, T. Martínez Menchón, R. Corbalán Vélez, J.F. Frías Iniesta y P. Sánchez Pedreño

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

Antecedentes y objetivos. La reconstrucción quirúrgica de los defectos secundarios a cirugía oncológica en la pirámide nasal puede parecer a priori compleja ya que la piel de la zona es poco distensible, habiéndose descrito un elevado número de colgajos de avance, rotación y trasposición. El diseño en “forma de pez” posibilita realizar un colgajo de avance bilateral que permite cerrar defectos situados en las diferentes unidades estéticas de la pirámide nasal. **Métodos.** Presentamos una serie de 12 pacientes con diferentes tipos de neoplasias cutáneas en la pirámide nasal en los que el defecto cutáneo tras la exéresis mediante cirugía convencional fue reconstruido gracias a diferentes opciones de colgajo de avance bilateral, habiéndose realizado en todos los casos un diseño previo en “forma de pez”. En el diseño del “pez” existen 2 aspectos esenciales: la “cabeza y el tronco del pez” corresponden al área ovalada circunscrita, con el margen necesario, alrededor del tumor que asienta en la pirámide nasal. Unida al óvalo anterior se sitúa la “cola o aleta caudal del pez”, de morfología triangular, la cual siempre debe estar orientada hacia la zona que done mayor proporción de tejido. Tras la exéresis de la “cabeza y el tronco” por un lado, así como de la “aleta caudal o cola del pez” por otro, resulta un defecto quirúrgico con dos vértices de piel en sentido opuesto, los cuales realizan un movimiento de avance permitiendo cerrar dicho defecto.

Resultados. No se objetivaron complicaciones posquirúrgicas, obteniéndose un resultado estético y funcional adecuado en todos los pacientes.

Conclusiones. El diseño en “forma de pez” es de utilidad en el cierre de defectos con morfología ovalada o circular localizados en las diferentes unidades estéticas de la pirámide nasal y se diseña fácilmente con un óvalo (“cabeza y tronco del pez”), que rodea a la tumoración a extirpar, unido a un triángulo (“cola o aleta caudal del pez”) orientado hacia la zona que aporte mayor proporción de tejido, permitiendo realizar un colgajo de avance bilateral. Proponemos el diseño en “forma de pez” como una opción práctica para obtener un buen resultado funcional y estético en el cierre de defectos ovalados o circulares ubicados en la pirámide nasal.

CC4. ESTUDIO PROPECTIVO COMPARATIVO EN LA REDUCCIÓN DE DEHISCENCIA DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS MEDIANTE EL USO DE SUTURA SUBCUTÁNEA NO REABSORBIBLE FRENTE A LA SUTURA REABSORBIBLE

E. García Martínez^a, J. Hernández-Gil Sánchez^a, N. Lacasa Pérez^b, T. Amanda Hernández Gómez^a y M.I. Úbeda Clemente^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Radiología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La dehiscencia de las heridas tiene un gran impacto estético y está favorecida por el exceso de tensión, presencia de edema, hematoma o infección y por la ausencia de reposo relativo.

Objetivos. Se evaluó la disminución del desarrollo de dehiscencias de heridas mediante el uso de suturas no reabsorbibles en las suturas subcutáneas (SSNR) en comparación a las suturas reabsorbibles (SSR), así como el desarrollo de reacción a la presencia de la SSNR. **Materiales y métodos.** Estudio analítico prospectivo no aleatorizado que reclutó 15 pacientes en el grupo de SSNR y 15 en el grupo de SSR, todos intervenidos de cirugía menor de lesiones cutáneas localizadas en tronco. El grupo SSNR recibió una única sutura no reabsorbible central. Se realizó un seguimiento clínico y ecográfico a los 3 y 6 meses de la intervención.

Resultados. El tamaño medio de las heridas fue de 40,8mm (rango 15-70mm). No hubo diferencias significativas entre los grupos. La dehiscencia a los 3 meses en el grupo SSNR fue de 2,7±1,7mm y de 3,8±2,3mm en el de SSR, no siendo significativas (p=0,187). Hubo un caso de extrusión del punto y 4 casos de heridas hipertróficas, todos del grupo SSNR, respetando el centro en 3 heridas. En el grupo SSNR no se observaron signos inflamatorios ni de aumento de la vascularización en el estudio Doppler color a los 3 y 6 meses.

Conclusión. Tras evitar los factores que favorecen la dehiscencia todavía persiste el riesgo de su desarrollo. En este estudio proponemos un método que trata de disminuir su aparición. A pesar de que los resultados no fueron estadísticamente significativos, en probable relación a la baja potencia estadística, sí que hay menor dehiscencia en el grupo de SSNR y, además, se ha observado un menor desarrollo de hipertrofia superficialmente al punto de sutura.

CC5. KINESIOTAPING PARA LA REDUCCIÓN DEL HEMATOMA POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

D. Buendía Castaño, C. Pindado Ortega, P. Fernández González, A. Arana Raja, S. Beá Ardébol y L. Ríos Buceta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Antecedentes. El kinesiotaping es una técnica de vendaje utilizada especialmente en el ámbito de la fisioterapia para el tratamiento del dolor muscular. Consiste en la aplicación de cintas adhesivas distensibles solo en el sentido longitudinal sobre la piel con el objetivo de favorecer el drenaje a través del plano suprafascial de los territorios tratados. La retracción de la venda provocará una separación del plano dermohipodérmico del plano subyacente, dando lugar a una presión negativa que dilatará los vasos de drenaje linfoscular, especialmente abundantes a este nivel, y por tanto disminuyendo la inflamación local.

Objetivos. Presentamos algunos casos de aplicación de kinesiotaping como cura postoperatoria inmediata tras diferentes tipos de cirugía oncológica y estética. El kinesiotaping se aplicó una vez finalizada la cirugía y previa asepsia de la zona de tal manera que se produjera la mayor retracción posible de la zona previsible de hematoma.

Resultados. En la primera revisión posquirúrgica, pudimos observar una menor formación de hematoma clínicamente significativa en la mayoría de los pacientes tratados, curiosamente de manera más intensa en las zonas en las que había aplicado el vendaje sobre la piel y menor en las adyacentes a este.

Conclusiones. Aunque hacen falta más estudios estandarizados para objetivar la efectividad de esta técnica en la prevención de hematoma postoperatorio, este ensayo preliminar sugiere que podría ser una herramienta útil, disminuyendo el tiempo estético de recuperación de cualquier tipo de cirugía, especialmente en la región facial.

CC6. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE PUNTA Y ALA FACIAL

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

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

La pirámide nasal es una de las principales áreas anatómicas afectadas por tumores cutáneos no melanoma, al tratarse de una zona constantemente fotoexpuesta.

Su reconstrucción, y en concreto las zonas de punta y ala nasal, suponen un importante reto, ya que para alterar lo mínimo indispensable su estructura anatómica, la gran mayoría de las veces son necesarias reconstrucciones complejas a través de colgajos, injertos y combinaciones de los mismos. Presentamos diferentes opciones de reconstrucción de punta y ala nasal ante grandes defectos, entre los que incluimos el injerto libre de piel total, el colgajo de transposición, el colgajo en isla, el injerto de Burow o el colgajo mediofrontal, entre otros, valorando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

CC7. COLGAJO EN ISLA DE TRIÁNGULO DE BURROW

A. Tomás Velázquez, N. Rodríguez Garijo, E. Querol Cisneros, Á. Estenaga Pérez de Albeniz y P. Redondo

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España.

Introducción. Los triángulos de Burow se originan en los laterales de un defecto al desplazar la piel, ya sea de forma directa o a través de un colgajo de avance, rotación o trasposición, para cerrar el área cruenta. Generalmente el pliegue cutáneo que se genera se engloba dentro del triángulo de Burow y se extirpa, desechándolo. En ocasiones podemos utilizar ese pequeño remanente de piel sobrante como un injerto de piel (injerto de Burow) que tiene la ventaja de tener las mismas características de textura y color que el defecto adyacente que deseamos cubrir. También podemos utilizar los triángulos de Burow como colgajos en isla que, sin seccionarlos totalmente de su pedículo, se avanzan hacia el defecto y ayudan a reconstruirlo parcialmente (colgajos en isla de Burow).

Material y métodos. Presentamos 8 pacientes con tumores epiteliales localizados en distintas áreas corporales, con defectos de diferentes tamaños, reconstruidos mediante colgajos locales. En todos ellos, además del movimiento inicial del colgajo -avance, rotación o trasposición-, se aprovechó un triángulo de Burow como colgajo de avance en isla de Burow para ayudar a cerrar el defecto. Se ilustran mediante iconografía seriada los diferentes defectos reconstruidos.

Conclusión. Los triángulos de Burow pueden aprovecharse en forma de colgajos en isla de pedículo subcutáneo para cerrar parcialmente un defecto en aquellos casos donde sea necesario un suplemento adicional de piel sobre el diseño realizado.

CC8. COLGAJO EN HACHA DEL LABIO SUPERIOR PARA DEFECTOS EN LA UNIÓN DE LOS SURCOS NASOLABIAL Y NASOGENIANO: RESULTADO COSMÉTICO FRENTE AL CIERRE DIRECTO

A. Tomás Velázquez, E. Querol Cisneros, N. Rodríguez Garijo, Á. Estenaga Pérez de Albeniz y P. Redondo

Departamento de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra. Navarra. España.

Introducción. En la reconstrucción del labio superior debe primar mantener la simetría de los surcos nasolabial y nasogeniano. Ante la presencia de defectos medianos-grandes en la unión de los surcos nasolabial y nasogeniano es frecuente la tendencia al cierre directo tratando de camuflar parte de las incisiones y la cicatriz en dicha línea. Sin embargo, la experiencia nos muestra que el resultado cosmético no es ideal, pues se produce un descenso del surco ipsilateral que genera una asimetría en la subunidad anatómica. El colgajo en hacha de rotación del labio superior permite un resultado cosmético muy superior que mantiene la simetría entre ambos surcos nasolabiales. Con el objetivo de comparar el resultado cos-

mético entre estas 2 alternativas, presentamos 4 pacientes con defectos quirúrgicos en la unión de los surcos nasolabial y nasogeniano reconstruidos 2 mediante cierre directo y 2 mediante colgajo en hacha de rotación del labio superior.

Método. Cuatro pacientes con carcinomas basocelulares localizados en la unión de los surcos nasolabial y nasogeniano (2 en el lado derecho y 2 en el lado izquierdo) fueron intervenidos con cirugía de Mohs generando defectos quirúrgicos entre 3 y 6 cm². La reconstrucción se realizó mediante cierre directo en 2 de ellos y mediante colgajo en hacha de rotación del labio superior en los otros 2. El colgajo se diseña dibujando la incisión en el surco nasolabial y prolongándola hasta la arruga natural que se genera en forma de V aproximadamente hasta 1cm inferiormente de la comisura, finalizándola con una incisión corta a 45° hacia medial. El colgajo se labra en el plano subcutáneo, se avanza superiormente cubriendo el defecto y escondiendo las incisiones en los surcos nasolabial y nasogeniano y suturando la parte inferior con un diseño en V-Y.

Resultado. Los 2 pacientes reconstruidos con cierre directo presentaron una asimetría entre los surcos nasolabiales con inferioridad del intervenido respecto al contralateral. En cambio, los pacientes reconstruidos con el colgajo en hacha de rotación conservaron la simetría con poco más tiempo quirúrgico, un pequeño alargamiento de la cicatriz y ningún riesgo añadido.

Conclusión. El colgajo en hacha de rotación mejora el resultado cosmético del cierre directo al mantener la simetría de la subunidad anatómica del labio superior en defectos de la unión de los surcos nasolabial y nasogenia.

CC9. USO CLÍNICO DE MICROINJERTOS DE FOLÍCULO PILOSO DE CUERO CABELLUDO PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS RECALCITRANTES DE ORIGEN NO VASCULAR: EXPERIENCIA REAL DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R. Barros Tornay, J. Raya Maldonado, T. Toledo Pastrana, T. Benítez Fernández y D. Moreno Ramírez

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

Introducción. Las úlceras crónicas constituyen la reparación ineficaz de una pérdida de sustancia que alcanza, al menos, la dermis superficial, pudiendo ser secundarias a la acción de distintos factores etiológicos que pueden actuar de forma agregada. Estas suponen un importante impacto en la salud de los pacientes, al ocasionar un deterioro en su calidad de vida y poder comprometer su pronóstico.

Justificación. Estudios recientes han apuntado hacia la mayor eficacia de los injertos de áreas pilosas frente a los de zonas no pilosas y, concretamente, hacia la superioridad de los injertos de cuero cabelludo en úlceras de origen vascular. Ello se explica por la presencia de células madre cutáneas en los folículos pilosos que contribuyen a acelerar el proceso de curación. Si bien esta terapéutica se había probado en úlceras en miembros inferiores, nunca se había valorado su viabilidad en heridas crónicas de otra naturaleza.

Material y métodos. Presentamos dos casos en úlceras postraumático físico (radioterapia de alta tasa -6*8cm- y quemadura eléctrica de alto voltaje -5*4cm-) ambas de más de 15 años de evolución, donde las biopsias previas mostraron la sola presencia de tejido cicatrizal, sin elementos viables para la cicatrización. Sobre estas biopsias realizamos la implantación de unidades foliculares de 3mm de diámetro, revisando las mismas quincenalmente durante cuatro meses.

Resultados. Tras realizar automicroinjertos secuenciales de folículo piloso conseguimos la curación *ad integrum* de ambas lesiones en un plazo inferior a 4 meses, sin que hubiera complicaciones quirúrgicas esperadas o inesperadas.

Conclusión. Consideramos que esta opción puede significar un avance terapéutico frente a aquellas lesiones crónicas de naturaleza no isquémica cuyo manejo no sea fructífero.

Oncología

CO1. DERMATOFIBROSARCOMAS PROTUBERANS INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS. SERIE DE 20 CASOS

A. Sánchez Gil^a, N. Cuenca Cardeños^a, M. Gutiérrez Pascual^a, J. Sanz Bueno^a y F.J. Vicente Martín^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

^bEstudiante de 6.º de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), es un tumor de lento crecimiento, con baja tendencia a las metástasis y alta propensión a las recidivas locales. El tratamiento clásico consistía en la extirpación con márgenes amplios entre 2 y 5 cm. El alto porcentaje de recidivas se ve minimizado con el empleo de la cirugía micrográfica de Mohs (CMM). El objetivo es estudiar las características epidemiológicas, clínico-histopatológicas y de supervivencia de los pacientes. Además de calcular el mínimo margen quirúrgico requerido para la completa extirpación del DFSP y el ahorro de tejido sano mediante el CMM en comparación con las hipotéticas extirpaciones con márgenes amplios con 3 y 4 cm para esta misma muestra.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio descriptivo de una serie de 20 pacientes intervenidos de DFSP mediante CMM en nuestro centro durante un periodo de 6 años (2012-2018).

Resultados. Se describieron 20 pacientes con DFSP tratados con CMM, con predominio del sexo femenino, con una edad media de 48,1 años. La localización más frecuente fue el tronco, seguida de miembros superiores. La mediana en el tiempo medio de retraso en el diagnóstico fue de 2,6 años. El número de estadios necesarios en la CMM fue de 1, excepto dos pacientes que requirieron 2 estadios. La media del mínimo margen requerido para la exéresis completa del tumor (sin márgenes de seguridad) fue de 0,72 cm. La media del margen libre de seguridad que le dimos al tumor fue de 1,29 cm. El ahorro medio de área de tejido sano, comparando la CMM con una exéresis amplia de 3cm en nuestros pacientes fue del 24,45% y con 4 cm del 55,12%.

Discusión. El tratamiento de elección del DFSP es la cirugía micrográfica de Mohs, al minimizar el riesgo de recidivas, preservando la mayor parte de tejido sano. En el 2017, la Asociación Europea de Dermato-Oncología y la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del cáncer, recomendaron la CMM como tratamiento del DFSP, con un margen de seguridad de 1-1,3cm. Se ahorra casi un 25% de tejido sano usando la CMM en el DFSP, si lo comparamos con una exéresis amplia de 3cm y hasta un 55% si lo comparamos con excisiones con 4cm de margen.

CO2. SENTISIM-I PLATAFORMA DE SIMULACIÓN PARA EL APRENDIZAJE DE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA INGUINAL. DESARROLLO Y VALIDACIÓN

L. Ferrándiz^a, A. Hernanzanz^b, T. Pieras^b, A. Casals^b y D. Moreno-Ramírez^a

^aUnidad de Melanoma. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ^bCREB. Universitat Politècnica de Catalunya. España.

Introducción. La Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC) es el procedimiento estándar para la estadificación ganglionar del paciente con melanoma. SENTISIM-i es un modelo de simulación mixto (físico y electrónico) para el aprendizaje y entrenamiento de la BSGC de la región inguinal. La validación de un instrumento de simulación quirúrgica se basa en la evaluación del realismo de los componentes del modelo así como la efectividad del dispositivo para el entrenamiento de la técnica quirúrgica (face-validity y content-validity).

Objetivo. El objetivo de este trabajo es describir el funcionamiento de una plataforma para el aprendizaje y entrenamiento de la

BSGC inguinal y su validación (face-validity) como instrumento para el aprendizaje de la BSGC inguinal.

Material-método. Estudio de validación de fidelidad de SENTISIM-i por parte de dermatólogos y cirujanos con experiencia en cirugía dermatológica mediante la realización de un ejercicio completo de BSGC inguinal sobre la plataforma. Durante el ejercicio de simulación se aplicó un cuestionario de fidelidad en el que se evaluaron las siguientes dimensiones de la plataforma: ergonomía, anatomía quirúrgica, características organolépticas, características funcionales, maniobras rutinarias, contingencias, evaluación global. En cada una de estas dimensiones se evaluaron diferentes criterios mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1-5. 1, no realista, no parecido a la realidad, no útil. 5, muy realista, muy parecido a la realidad, muy útil).

Resultados. Un total de 32 dermatólogos y cirujanos con experiencia en cirugía dermatológica participaron en la validación de SENTISIM-i. Las dimensiones que mostraron la evaluación más favorable fueron la anatomía quirúrgica, maniobras rutinarias, características funcionales, contingencias y ergonomía. Los criterios que alcanzaron la evaluación más favorable fueron la reproducción de la navegación, la reproducción de la hemorragia y la reproducción de las maniobras de incisión y disección. La plataforma recibió una evaluación global de fidelidad de 4,5.

Conclusión. SENTISIM-i representa un primer prototipo de plataforma de simulación de la BSGC inguinal que ha demostrado una validez de diseño favorable. El abordaje de mejoras en el prototipo puede permitir disponer de SENTISIM-i como solución para el aprendizaje y entrenamiento de la BSGC inguinal.

CO3. ESTUDIO DE LA METILACIÓN EN GENES SUPRESORES TUMORALES EN UNA SERIE DE 203 MELANOMAS. CORRELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES

B. de Unamuno Bustos^a, R. Murria Estal^b, A. Sahuquillo Torralba^a, S. Palanca Suela^b y R. Botella Estrada^a

^a Servicio de Dermatología. ^bLaboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. Recientemente se ha sugerido la implicación de los factores epigenéticos en la tumorigénesis y progresión de diversos tipos de cánceres. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de metilación en genes supresores de tumores (TSG) en una serie de melanomas y estudiar su correlación con las características clínico-patológicas y el pronóstico de los pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo efectuado sobre 193 melanomas primarios y 10 melanomas metastásicos, en los que se ha analizado la metilación mediante MS-MLPA. El análisis de los datos se ha evaluado mediante el test χ^2 , regresión logística binaria, curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados. Se detectó metilación en el 92% de los TSG estudiados (fig. 1). Los genes con mayor prevalencia de metilación fueron RARB (33%), PTEN, (24%), APC (20%), CDH13 (17%), y ESR1 (15%). La metilación resultó más frecuente en pacientes de >65 años en RARB ($p<0,001$), PTEN ($p=0,008$), APC ($p=0,006$), CDH13 ($p=0,039$), y ESR1 ($p=0,015$). Adicionalmente, se identificaron tasas más elevadas de metilación en los genes PTEN ($p=0,003$) y CDH13 ($p=0,001$) en melanomas de localización acral. Se identificó asociación entre los melanomas con mayor Breslow y la metilación en RARB ($p<0,001$), PTEN ($p<0,001$), CDH13 ($p=0,001$), y RASSF1 ($p=0,003$). Asimismo, la metilación en RARB, PTEN, APC y CDH13 se asoció a la presencia de mitosis ($p<0,001$, $p=0,004$, $p=0,006$, y $p=0,013$, respectivamente), y ulceración ($p=0,019$, $p<0,001$, $p=0,001$, y $p=0,006$, respectivamente). Los melanomas con estadios más avanzados presentaron con frecuencia metilación en RARB ($p<0,001$), PTEN ($p<0,001$), y CDH13 ($p<0,001$). Las mutaciones en el gen TERT se asociaron de

forma estadísticamente significativa con la metilación en RARB ($p=0,007$) y RASSF1 ($p=0,038$). Los pacientes con hipermetilación en RARB, PTEN y CDH13 presentaron menor SLE ($p<0,001$, $p=0,003$, y $p=0,019$, respectivamente), y menor SG ($p=0,016$, $p=0,044$, y $p=0,003$, respectivamente). No se identificaron diferencias en la prevalencia de metilación en melanomas primarios y metastásicos. **Conclusión.** La metilación en el promotor de TSG es un evento frecuente en el melanoma, y por tanto podría estar implicada en su patogénesis. La metilación representa un factor de mal pronóstico dada su asociación con características de mayor agresividad y menor supervivencia.

CO4. MELANOMA SIRINGOTRÓPICO: ¿Y AHORA QUÉ HACEMOS?

A. Varela-Veiga^a, S. Mateo-Suárez^b, I. Abdulkader-Nallib^c, J.M. Suárez-Peñaranda^c, D. Sánchez-Aguilar^a y H. Vázquez-Veiga^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^bClinica Dermatológica doctora Sandra Mateo. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.

Introducción. El melanoma siringotrópico es una variante muy poco frecuente, habiéndose descrito muy raramente en la literatura. Su diagnóstico es fundamentalmente histológico, condicionando un manejo terapéutico complejo y controvertido, que no se encuentra recogido en las guías disponibles.

Descripción del caso. Una mujer de 45 años acudió a nuestra consulta por una lesión pigmentada de 2 meses de evolución en el dorso del 2.º dedo del pie derecho, que había crecido rápidamente desde su aparición. No presentaba antecedentes personales ni familiares de melanoma. Se realizó la extirpación completa de la lesión, identificándose, tras el estudio histológico, la proliferación de melanocitos atípicos de predominio en la epidermis con extensión al epitelio folicular y a lo largo de las glándulas sudoríparas en dermis reticular y tejido celular subcutáneo, obteniéndose el diagnóstico final de melanoma siringotrópico.

Discusión. El melanoma siringotrópico se define como aquel melanoma que se extiende desde el aparato ecrino hacia la dermis reticular y/o el tejido celular subcutáneo con una profundidad mayor que cualquier otra zona del melanoma. El diagnóstico es fundamentalmente histológico, sin haberse establecido criterios clínicos y/o dermatoscópicos para su sospecha. Hasta la fecha, se han descrito 12 casos en la literatura inglesa, en los que la asociación con melanoma invasivo es más frecuente que con las formas *in situ*. Existe controversia en cuanto al manejo de estos pacientes, ya que algunos autores defienden que debe ser tratado teniendo en cuenta la profundidad (Breslow) desde la luz glandular, lo que infravaloraría el estadiaje siguiendo la medida convencional, mientras que otros creen que podría derivar en un sobretratamiento de la lesión si se tiene en cuenta el Breslow desde el estrato granuloso.

CO5. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 27 PACIENTES CON LENTIGO MALIGNO, LENTIGO MALIGNO MELANOMA Y MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL TRATADOS CON CIRUGÍA DE DELIMITACIÓN PERIMETRAL

J. Company-Quiroga, S. Alique-García, B. Echeverría, D. Martínez-Sánchez y J. Borbujo

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

La realización sistemática de un margen de seguridad de distancia predeterminada es un abordaje controvertido en el tratamiento quirúrgico de algunos subtipos histológicos de melanoma. En el lentigo maligno (LM), su homólogo invasor (lentigo maligno melanoma [LMM]) y en el melanoma lentiginoso acral, la exéresis con márgenes amplios resulta una técnica subóptima debido a su patrón de creci-

miento (extensión subclínica) y a la localización anatómica preferente (regiones facial y acra, respectivamente). La cirugía micrográfica de Mohs (CMM) ha demostrado efectividad y seguridad contrastada en el manejo de esta patología. Así mismo, la técnica de delimitación perimetral o cirugía tridimensional (C3D), variante de la CMM con incisiones de 90º y estudio diferido de la muestra, permite de igual modo un ahorro de piel sana con un buen control local de la enfermedad, además de presentar algunas ventajas logísticas con respecto a su predecesora. Diseñamos un análisis retrospectivo de 27 pacientes diagnosticados de LM, LMM y MLA en nuestro Servicio de Dermatología entre febrero de 2010 y mayo de 2018, tratados mediante C3D. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad de esta técnica quirúrgica. Realizamos C3D en 27 pacientes con la siguiente distribución de patología: 19 LM, 4 LMM y 4 MLA. El 59% eran varones y la edad media al diagnóstico era de 70,14 años. Los LM y LMM se localizaban en cara (19/23), cuello (1/23) y miembros inferiores (1/23), mientras que los MLA se situaban en área digital (3/4) y planta de pie (1/4). El 70,3% (19/27) de las lesiones solo precisaron un pase quirúrgico. El tiempo medio de seguimiento fue de 16,7 meses (rango 2-46, 4 pérdidas). Hubo 1 recurrencia (3,7%) de LM y 2 pacientes fallecieron por motivos ajenos a la patología cutánea. En la línea de investigación de Breuninger y otros autores, nuestra serie ilustra la baja tasa de recurrencia de estas variantes de melanoma tratadas mediante C3D, con una reducción de distancia del margen de seguridad en regiones que requieren un resultado funcional y estético aceptable. Esta técnica ofrece además ventajas con respecto a la CMM al no precisar formación específica del dermatólogo (técnica quirúrgica) ni del patólogo (procesamiento e interpretación de la muestra). La C3D se postula como una alternativa terapéutica válida en el abordaje quirúrgico del LM, LMM y MLA.

CO6. UTILIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL EX VIVO EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

B. Bancalari, C. Serra-Guillén, B. Llombart, C. Guillén y O. Sanmartín

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

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor infrecuente, que se caracteriza por presentar un patrón de crecimiento infiltrativo, con una alta tasa de recidivas locales, y una baja capacidad de metastatizar a distancia. Su gran capacidad de filtrar el tejido celular subcutáneo hace que la cirugía de Mohs diferida sea el tratamiento de elección. La microscopia confocal ex-vivo (MCEV) es una técnica diagnóstica que permite obtener imágenes digitales a partir de un tejido extirpado en la sala de quirófano, con una resolución muy similar a la histología convencional. Estas imágenes se pueden obtener en 4-5 minutos, lo que varía considerablemente con el tiempo de espera de una cirugía de Mohs diferida, que suele rondar los 2-3 días.

Métodos. Analizamos los casos de DFSP intervenidos en nuestro servicio durante mayo a septiembre de 2018. Realizamos cortes de distintas secciones del debulking tumoral, y los estudiamos mediante MCEV en el quirófano, para posteriormente realizar cortes histológicos con hematoxilina-eosina convencionales. Caracterizamos los principales hallazgos del DFSP en MCEV, y lo comparamos con los cortes histológicos tradicionales.

Resultados. Estudiamos un total de 5 casos de DFSP, los cuales se presentaron por ser tumoraciones predominantemente dérmicas mal delimitadas, infiltrando el tejido celular subcutáneo mediante proyecciones digitiformes y patrón en panel de abeja. Un caso se trató de un DFSP subcutáneo que no infiltraba la grasa adyacente. Los tumores se caracterizaban por presentar una gran densidad de células fusiformes sin atipia, organizadas en fascículos ordenados en un patrón estoriforme. Encontramos una excelente correlación entre las imágenes obtenidas mediante MCEV y la histología con-

vencional. Las imágenes del MCEV fueron obtenidas en el quirófano a los pocos minutos, mientras que la histología fue obtenida en 2 o 3 días después de la cirugía.

Conclusiones. El DFSP es un tumor fácilmente reconocible por MCEV, con una muy buena correlación histológica. La importancia de esta técnica radica en su rapidez, lo cual podría presentar una revolución de cara al tratamiento del DFSP, con una reducción en los tiempos quirúrgicos en un futuro.

CO7. ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

A. Diago Irache, B. Llombart Cussac, E. Arana Fernández de Moya, C. Serra Guillén, O. Sanmartín Jiménez, E. Nagore Enguidanos, C. Requena Caballero, B. Bancalari Simón, E. Bernia Petit y C. Guillen Barona

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia de partes blandas caracterizada por su marcado carácter infiltrativo. El uso de técnicas de imagen como la ecografía cutánea podría permitir optimizar el manejo de estos tumores, ayudando a una mejor delimitación tumoral. Nuestro objetivo fue describir las características ecográficas del DFSP, así como comparar el nivel de invasión en profundidad detectado por ecografía frente al determinado por palpación y por estudio histológico posterior a la cirugía de Mohs.

Métodos. Se estudiaron un total de 26 casos de DFSP, en los que se valoraron sus características clínicas (localización, tamaño tumoral y nivel de invasión a la palpación), ecográficas (ecogenicidad, tipo de margen, presencia o ausencia de patrón digitiforme, necrosis, y nivel de invasión) e histológicas (localización, extensión y celularidad). Se determinó la sensibilidad y especificidad de la ecografía y la palpación en la determinación del nivel de invasión, y se calculó el índice de concordancia Kappa con el nivel de invasión histológico observado tras extirpación mediante cirugía de Mohs.

Resultados. La mayoría de los tumores mostraron un patrón hipoecogénico, con patrón digitiforme en la mitad de los casos. El nivel de invasión más frecuente fue el tejido celular subcutáneo, siendo menos frecuente la afectación de la fascia y el músculo subyacente. La palpación clínica mostró una baja sensibilidad en la determinación del nivel de profundidad. Por el contrario la ecografía mostró mejores cifras de sensibilidad y especificidad, logrando determinar el nivel de invasión en la mayoría de los casos. En los casos discordantes entre ecografía y estudio histológico, la ecografía infraestimaba el nivel de invasión cuando el DFSP alcanzaba músculo subyacente.

Conclusiones. El DFSP es un tumor hipoecogénico bien delimitado, con refuerzo posterior y tendencia a mostrar patrón digitiforme. La ecografía es superior a la palpación clínica en la evaluación del nivel de invasión tumoral, además de mostrar un buen índice de concordancia con los resultados obtenidos en la histología. La ecografía es una herramienta rápida que podría ayudar en la planificación quirúrgica del DFSP.

CO8. MELACAM-I: EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS DE LA SALUD PARA MELANOMA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR) 2007-2012

G. Romero-Aguilera^a, P. Fernández-Pacheco^b, L. González-Ruiz^a, M. Rogel-Vence^a, M. Franco-Muñoz^a, A. León-Martín^c y P. Sánchez-Camín^b

^aServicio de Dermatología. ^bAlumno de Medicina. ^cUnidad Calidad. Hospital General Universitario de Ciudad Real (UCLM). Ciudad Real. España.

Antecedentes. Cáncer (7,4%) y precáncer (5,2%) fue el motivo de consulta en 12,6% de 56.894 primeras consultas en el HGUCR (2007-

16), con gran consumo de recursos (consultas y quirófanos). El peso del melanoma (MM) no había sido estudiado.

Objetivo. Analizar el MM en el área del HGUCR entre 2007 y 2012, su incidencia, características clínico-patológicas, tratamiento, evolución y factores pronósticos.

Métodos. Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de MM en el Servicio de Dermatología HGUCR (2007-12). Análisis descriptivo y analítico, uni- y multivariante (Kaplan-Meier y regresión de Cox).

Resultados. Se sospechó MM en 246 pacientes confirmando 104 casos en 101 pacientes, 57 (54%) mujeres y 47 (46%) varones. Edad media 54 (23-87). La incidencia fue 6,9 casos /100.000hab/año. Origen primaria 88/104, y solo 3 derivación TD. Clínica: evolución media 32 meses, síntomas en 28%, cambios lesionales en 49%, diámetro medio 13,6mm, nevus previo 36%. Localización: 39% tronco posterior, 16% MMSS, 14% MMIL, 9% acro, 10% cefálico, 2% vulva. Tipos: MES 76%, MN 10,6%, MLA 7,7%, LM 3,8% y mucoso 1,9%. AP: 15 in situ (14,4%), breslow medio en invasivos 1,32 mm (mediana 0,63; rango 0,1-6,5). Ulceración 11,5%. Ganglio centinela en 40 (8+20%). Terapia: linfadenectomía 9/104 (8,7%), selectiva completa en 6 y terapéutica en 3. Adyuvancia con INF en 12 (11,5%). Evolución: progresión metastásica en 17/104 (16,3%), 7 ganglionar/10 visceral (en 5 inicio cutáneo). Tiempo medio para metástasis 19 meses (mediana 20; rango 1-35). Seguimiento medio 69 meses (mediana 73, rango 0-126). Fallecen 17/104 (16,3%), con mortalidad específica en 11 (10,5%). Tiempo medio al fallecimiento 37,47 meses, (mediana 31; rango 4-99). Supervivencia global 90% a dos años y 84% 5 años. Análisis bivariante factores pronósticos de mortalidad significativos para edad, diámetro, Breslow, ulceración, ganglio centinela, y tipo de melanoma, persistiendo en el multivariable (regresión de Cox) solo edad, Breslow y resultado del GC.

Conclusiones. La incidencia global, edad-sexo y %MM in situ fue similar a la reportada en registro español (1997-2011). Hay menos ulceración (11,5 vs. 20,6% p=0,0226) y MM nodulares (10,6% vs. 19,8% p=0,018), y el breslow medio de los MM invasivos fue más bajo (1,32 vs. 1,97mm; p=0,000) que en el mencionado registro. Sorprende la escasa derivación vía TD que debería impulsarse.

CO9. FIBATI-AC: ESTUDIO CLÍNICO PATOLÓGICO DE UNA SERIE DE 62 PACIENTES CON FIBROXANTOMA ATÍPICO EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

N. Martínez Campayo^a, L. López Solache^b, N. Iglesias Pena^a, I. Meilán Sánchez^a y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario

Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción. El fibroxantoma atípico (FXA) es un tumor infrecuente, de baja agresividad y de incidencia desconocida que se presenta en zonas fotoexpuestas de individuos de edad avanzada.

Objetivo. Identificar sarcomas pleomórficos o tumores de otra estirpe incorrectamente diagnosticados como FXA en nuestro centro. Entre los casos diagnosticados de FXA, verificar su comportamiento clínico benigno y determinar factores predictivos de recidiva local.

Métodos. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de FXA en nuestro centro desde el año 1997 hasta 2018. Tras retirar aquellos tumores que no cumplieron criterios de FXA, se llevó a cabo un análisis de factores predictivos de recidiva local y se calcularon las tasas de incidencia ajustadas por sexo.

Resultados. De 73 tumores, 62 fueron finalmente diagnosticados de FXA. En todos ellos se objetivó ausencia de necrosis tumoral y ausencia de infiltración linfovascular, perineural y de estructuras profundas, así como negatividad para marcadores inmunohistoquímicos sugestivos de otras entidades. Un caso no fue analizado por ser la biopsia inicial de otro centro. El resto de tumores fueron descartados como sarcomas, carcinomas epidermoides o tumores

fibrohistiocitarios benignos. En nuestra área sanitaria, el FXA tuvo una tasa de incidencia de 0,59 casos/100.000 habitantes-año. El 72,6% de los pacientes eran varones, con una edad media al diagnóstico de 81 años. La dimensión máxima media del tumor fue de 12 mm. El 96,8% de los FXA se presentaron en cabeza y cuello. Durante un período medio de seguimiento de 47 meses, solo se objetivaron 4 recidivas locales. Nueve de los tumores se extirparon con bordes afectos y, de estos, solo uno recidivó localmente. En ningún caso se produjeron metástasis regionales o a distancia atribuibles a FXA. Se realizó un análisis comparativo entre los casos que presentaron recidiva local y el resto mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher, sin encontrarse ningún factor pronóstico de recidiva local estadísticamente significativo.

Conclusiones. Presentamos una nueva serie de fibroxantoma atípico en nuestra área sanitaria. Aportamos la primera cifra de tasa de incidencia de este tumor en nuestro medio y verificamos que el comportamiento clínico de este tumor es de baja agresividad, tal y como se recoge actualmente en la literatura.

CO10. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN CON TERAPIA FOTODINÁMICA. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN 171 PACIENTES

S. Alique García, J. Company Rodríguez-Quiroga, D. Martínez Sánchez, A. Hernández Núñez y J. Borbujo Martínez

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

Introducción. La enfermedad de Bowen (EB) es un carcinoma epidermoide in situ con un riesgo de progresión a carcinoma invasivo de 3-5%. En su etiología intervienen la radiación UV, exposición a arsénico o infección por VPH. Su forma de presentación es una placa eritemato-descamativa bien definida, que en la histología muestra atipia queratinocítica en toda la epidermis. En el tratamiento se incluyen cirugía, crioterapia, radioterapia, láser, imiquimod, ingenol mebutato, 5-FU tópico y terapia fotodinámica (TFD).

Material y métodos. Realizamos un estudio observacional prospectivo, en condiciones de práctica clínica real, en el que incluimos 171 pacientes (191 lesiones) con diagnóstico clínico de EB, confirmado histológicamente. Tratamos 95 mujeres y 76 hombres con una edad media de 74,31 años. La localización muestra 93 lesiones en cabeza y cuello, 58 en EEII, 19 en EESS, 15 en tronco y 6 en genitales. El precursor fotosensibilizante empleado es ácido 5-aminolevulínico (ALA, Ameluz®) en 55 lesiones y metil aminolevulinato (MAL, Metvix®) en 136 lesiones. El esquema consiste en 1 o 2 ciclos de TFD (2 en casos remanentes a los 3 meses). Cada ciclo se compone de 2 sesiones separadas por 7 días. En cada sesión se aplica el precursor correspondiente, seguido de 3 horas de oclusión y exposición a luz roja (635 nm) hasta una dosis de 37J/cm². Se evalúan las tasas de dolor y efectos adversos.

Objetivo. Valorar la respuesta y seguridad de la TFD convencional (ALA y MAL) en el tratamiento de la EB.

Resultados. Presentaron curación completa 48/55 lesiones tras 1 o 2 ciclos de ALA-TFD; en el seguimiento a los 12 meses se obtuvo 1 recidiva. Mostraron aclaramiento 104/136 lesiones tras 1 o 2 ciclos de MAL-TFD; en el seguimiento a los 12 meses observamos recidiva en 29/104 casos con aclaramiento inicial. De forma global obtenemos una curación clínica en 47/55 (85,45%) lesiones tratadas con ALA-TFD y en 75/136 (55,15%) lesiones tratadas con MAL-TFD. Estos resultados muestran significación estadística a favor de ALA-TFD. Los efectos secundarios más frecuentes fueron el dolor durante la técnica (menor con ALA-TFD) y el eritema y descamación posteriores.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran significación estadística con mayor tasa de curación y mejor tolerancia en el tratamiento con ALA-TFD de la EB.

CO11. IDENTIFICACIÓN DE SUBGRUPOS PRONÓSTICO DENTRO DEL ESTADIO T3 DEL AJCC-8 PARA EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO

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

^aDepartamento de Dermatología. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. El nuevo sistema de estadificación AJCC-8 incluye modificaciones significativas en el carcinoma escamoso cutáneo (CEC) y básicamente el mal pronóstico de la enfermedad se desvía hacia los tumores T3. No obstante, el estadio T3 muestra heterogeneidad en términos pronósticos y un número significativo de tumores dentro de este grupo exhiben un pronóstico favorable. Por ello, nos planteamos definir grupos pronósticos en el estadio T3 del AJCC-8 para el CEC empleando una cohorte de 216 CEC.

Métodos. Partimos de una muestra de 216 CEC de cabeza y cuello estadificados como T3 según el sistema AJCC-8. La mediana de espesor fue de 8 mm (IQR 4,5 mm), la del tamaño de 20 mm (IQR 10 mm), el 47,2% (n=102) invadían más allá de la grasa subcutánea y en 80 casos (37%) se identificó invasión perineural, de los que 39 afectaban a nervios de 0,1 mm o más y 20 invadían nervios más profundos que la dermis. En 62 casos se identificaron eventos de mala evolución clínica durante el seguimiento y 35 pacientes sufrieron eventos mayores (metástasis o muerte por la enfermedad). Con el objetivo de definir subgrupos pronósticos dentro del estadio T3 se llevó a cabo un análisis de escalado multidimensional utilizando como medida de la distancia el índice de Jaccard empleando el paquete "ade4" en R (las variables de partida fueron las que AJCC-8 utiliza para definir T3). Tras reducir la dimensionalidad a dos componentes se estratificaron los pacientes empleando el programa mclust en R. B. Una vez definidas las muestras correspondientes a cada uno de los dos subgrupos se llevó a cabo el análisis pronóstico mediante la técnica de Kaplan-Meier utilizando el método log-rank.

Resultados. Los dos subgrupos pronósticos muestran diferencias estadísticamente significativas P < 0,05 en términos pronósticos. El grupo de bajo riesgo (que denominamos T3a) se caracteriza por la presencia de un espesor > 6 mm -solo o en combinación con otro factor de riesgo (siempre que el tumor no invada más allá de la grasa subcutánea). El grupo de más alto riesgo (T3b) queda definido por la presencia de la invasión más allá de la grasa subcutánea o por la combinación de más de 2 factores de riesgo.

Conclusiones. Hay evidencias estadísticas significativas para concluir que existen dos grupos pronósticos diferentes en el estadio T3-AJCC8 y por tanto este podría subclasificarse en T3a y T3b.

CO12. LA RADIOTERAPIA ADYUVANTE POSTOPERATORIA MEJORA EL CONTROL LOCAL Y EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN CASOS SELECCIONADOS DE CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO CON INVASIÓN PERINEURAL

J. Cañueto^{a,b}, A. Jaka^c, R.M. Pujol^d, C. Román Curto^{a,b} y A. Toll^d

^aDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

^cDepartamento de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivos. La infiltración perineural (IPN) es una característica de mal pronóstico en el carcinoma escamoso cutáneo (CEC). El beneficio de la radioterapia postoperatoria (PORT) en el tratamiento de CEC con IPN aún no está bien establecido. Nos propusimos evaluar la utilidad de PORT en el tratamiento de CEC con IPN para determinar qué pacientes se beneficiarían más de dicho tratamiento.

Métodos. Se evaluó una cohorte retrospectiva de 110 CEC con IPN mediante un estudio multicéntrico. Se analizaron las características de la IPN y su relación con el pronóstico de la enfermedad y se evaluó la eficacia de PORT en diferentes grupos de CEC con IPN.

Resultados. De los 110 casos de CSCC con PNI, la PNI afectó a nervios de $\geq 0,1$ mm de diámetro en 53 casos y afectó a nervios de pequeño calibre en los 57 casos restantes. La PNI fue extensiva en 43 casos y afectó a nervios más profundos que la dermis en 38 tumores CSCC. Todos los tumores menos seis afectaban al área de la cabeza y el cuello. Cincuenta y ocho casos recibieron tratamiento con radioterapia postoperatoria complementaria (PORT). Cincuenta y cuatro casos desarrollaron eventos de mala evolución clínica durante el seguimiento, y 33 pacientes desarrollaron eventos mayores (metástasis o muerte por la enfermedad). En nuestra cohorte murieron 24 pacientes por la enfermedad. Se observó un claro beneficio de la PORT frente a la observación en el grupo de CEC con IPN $\geq 0,1$ mm, tanto en el análisis univariante como en los modelos de regresión de Cox. La observación aumentó el riesgo de mal pronóstico específico por la enfermedad en 5 veces y el riesgo de metástasis y muerte por CEC en 4 veces frente al grupo de tratamiento.

Conclusiones. La PORT mejora significativamente el pronóstico a largo plazo y el control local de la enfermedad en pacientes con CEC con IPN $\geq 0,1$ mm. El beneficio de la PORT en casos con IPN de nervios de pequeño calibre no está tan claramente definido.

CO13. ANÁLISIS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON MICOSIS FUNGOIDE Y SÍNDROME DE SEZARY: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO DE 318 PACIENTES

M. Prieto Barrios^a, S. Tambone^b, J.L. Rodríguez Peralto^c, D. Lora Pablos^d y P.L. Ortiz Romero^e

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bServicio de Dermatología. Hospitale San Salvatore L'Aquila. Italia. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. ^dCIBER de Epidemiología y Salud Pública (imas12-CIBERESP). Hospital Universitario 12 de Octubre. ^eServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. Cada vez existe más evidencia de la asociación de las enfermedades inflamatorias crónicas con un aumento del riesgo cardiovascular (RCV). Sin embargo, a día de hoy, en lo que se refiere a la micosis fungoide y el síndrome de Sèzary (MF/SS), esta cuestión sigue siendo controvertida. El objetivo de nuestro estudio era determinar si el diagnóstico de MF/SS confiere un RCV aumentado.

Métodos. Estudio de cohortes retrospectivo, con pacientes con MF/SS confirmados que acudieron al Hospital 12 de Octubre de Madrid desde el 1 de marzo de 1977 hasta el 1 de enero de 2017 y que se recogieron de manera prospectiva en una base de datos. Se seleccionaron de manera aleatoria los miembros de la cohorte de comparación (CC) entre pacientes con neoplasias benignas del registro de Anatomía Patológica y se les apareó por sexo, edad y momento de diagnóstico. Se analizó mediante métodos multivariantes la ocurrencia de muerte global, muerte cardiovascular (MCV) o primer evento cardiovascular (ECV). Además, se realizaron diversos subanálisis para establecer la influencia de factores como la gravedad o los tratamientos recibidos.

Resultados. La cohorte de estudio estaba formada por 318 casos (302 MF y 16 SS, 58,81% hombres, con una edad media de 54,64 años) y una mediana de seguimiento de 9,16 años. La distribución de características de la CC se mostró con diferencias significativas. La CE tenía un RCV aumentado (hazard ratio ajustado, CI 95%, $p < 0,001$ [HRA] de 2,91 [1,82-4,65]) y MCV (HRA 8,29 [1,84-37,38]), mientras que el riesgo de muerte global estaba menos aumentado (AHR 2,69 [1,96-3,71]). El RCV fue mayor tanto para pacientes con tratamientos dirigidos a la piel como para los que recibieron trata-

mientos sistémicos (Tsist) (HRA 1,88 [1,03-3,43] y 4,15 [2,47-6,98] respectivamente), mientras que las diferencias para MCV y muerte global solo fueron significativas para los Tsist (HRA 13,26 [2,81-62,56] y 4,18 [2,98-5,85]). El RCV también se correlacionó con la gravedad de la enfermedad. No encontramos diferencias entre los pacientes que recibieron bexaroteno y aquellos que no.

Conclusiones. Los pacientes MF/SS tienen un RCV aumentado y mayor riesgo de MCV. Esto es aún más llamativo en pacientes más graves y que han recibido Tsist. Los dermatólogos debemos tener esto en cuenta y tomar las medidas necesarias para evitar la ocurrencia de ECV en nuestros pacientes.

CO14. PREVALENCIA DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN LA REGIÓN SANITARIA DE LLEIDA 2018

C. Cortés Pinto, C. Sobrino Bermejo, R. Aguayo Ortiz, V. Sanmartín Novell y J.M. Casanova Seuma

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente de la raza caucásica, sobre todo aparece en mayores de 60 años. A pesar de tratarse de un tumor de baja agresividad, su alta incidencia lo convierte en un problema importante de salud, debido a la elevada demanda de consultas médicas que requiere, la alta morbilidad que comporta y el elevado coste sanitario que ocasiona. El objetivo de este estudio es conocer datos actuales de la prevalencia del CBC en la provincia de Lleida, así como describir y analizar las siguientes características: edad de máxima incidencia, sexo, localización, subtipo histológico, porcentaje de recidivas (en relación con inmunosupresión y CBC múltiples).

Método. Se trata de un estudio descriptivo transversal de prevalencia del CBC en la provincia de Lleida en el período de enero a diciembre de 2017. Para ello se revisaron todos los casos de CBC registrados en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (único registro en la provincia de Lleida) durante los meses de febrero-marzo de 2018. Se revisaron las historias electrónicas de estos pacientes y se anotaron las variables citadas en los objetivos. Los datos se registraron en una base en Excel (Microsoft Word). Posteriormente los datos se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS. Se realizó una estadística descriptiva y se valoraron diferencias entre algunas de sus variables relevantes y se comparó con el resto de tumores usando como base el registro hospitalario de Lleida 2013.

Resultados y conclusiones. El número de CBC en la región sanitaria de Lleida es 962, cifra que casi triplica el segundo tumor registrado en dicha población. La localización más frecuente fue en cabeza y cuello con un 75,9%. El grupo de edad con mayor prevalencia de CBC es el mayor de 90 años y el sexo femenino se relaciona con una aparición más temprana de la enfermedad. Además, al igual que lo previamente descrito en la literatura, observamos un elevado índice de recurrencias, que son más frecuentes en pacientes portadores de múltiples CBC. La prevalencia es una de las más altas de Cataluña, lo que puede deberse a diferencias en la pirámide poblacional y a distintos estilos de vida.

CO15. CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y DERMATOSCÓPICA EN LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS

D. Ramos Rodríguez, O. Corral Magaña, J. Boix Vilanova, N. Izquierdo Hercé y L.J. del Pozo Hernando

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

Antecedentes. Las queratosis actínicas (QA) representan casi el 10% de los diagnósticos en dermatología. Se han propuesto varios

sistemas de clasificaciones según la morfología clínica, los patrones dermatoscópicos y los cambios histológicos.

Objetivos. Calcular la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del diagnóstico clínico y clínico-dermatoscópico de las QA y analizar la correlación entre las clasificaciones clínica-dermatológica e histológica de la QA en nuestro centro.

Método. Estudio retrospectivo analizando 124 lesiones clasificadas según: su morfología clínica, usando la clasificación de Olsen (Grado I, II y III); las imágenes dermatoscópicas, mediante el reconocimiento de patrones (Grado I: pseudorretícula roja con escama; grado II; patrón en fresa y grado III: tapones queratósicos grandes, áreas homogéneas blancoamarillentas); y la atipia queratinocítica, utilizando la clasificación histológica de Rowert-Hubber (AKI, AKII, AKIII).

Resultados. La S del diagnóstico clínico de las QA fue de 87% y la S del diagnóstico clínico-dermatoscópico fue del 90,3%. Si atendemos a la clasificación por gradación de las QA, la S dermatoscópica fue del 50% para las QA grado I con una E: 62%; S:50% y E: 81% para las QA grado II y finalmente S: 50% para las QA grado III con una E: 86%. **Conclusiones.** Nuestra sensibilidad al diagnóstico de QA se aproxima a la descrita en la literatura (90% frente 98%). La dermatoscopia incrementa la sensibilidad clínica en el diagnóstico de las QA. Existe mala correlación entre la clasificación clínica-dermatoscópica y la histología para la gradación de las QA.

CO16. TRATAMIENTO SECUENCIAL PARA QUERATOSIS ACTÍNICAS. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA E INGENOL MEBUTATU VERSUS DOS SESIONES DE TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA

A. J. García Malinis^a, T. Gracia Cazaña^b, M. Almagro Sánchez^c e Y. Gilaberte^d

^aUnidad de Dermatología. Hospital San Jorge. ^bUnidad de Dermatología Hospital de Barbastro. Huesca. ^cDepartamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. ^dDepartamento de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Antecedentes y objetivos. Las queratosis actínicas (QA) suponen una de las consultas más frecuentes en la práctica clínica diaria en nuestras consultas de Dermatología. Existen múltiples tratamientos dirigidos al tratamiento del campo de cancerización de las QA, con diferentes mecanismos de acción, como la terapia fotodinámica con luz de día (TFDLD) y el ingenol mebutato (IM). El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad, en condiciones de práctica clínica habitual, el tratamiento secuencial de terapia fotodinámica con luz de día e IM versus dos sesiones de TFDLD.

Sujetos y método. Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo de pacientes con QA grado I-II de Olsen en cara y cuero cabelludo susceptibles de tratamiento con TFDLD con MAL. Aquellos que al mes no obtuvieron una buena respuesta clínica, se les trató con una nueva sesión de TFDLD o IM. Se evaluó el número y grado de QA, variables clínicas del paciente, reacciones adversas locales, satisfacción del paciente y calidad de vida, a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados. Se incluyeron 43 pacientes, 39 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 78 años (rango 65-92 años). El número de lesiones tratadas fueron 412. Tras un primer ciclo de TFDLD, 27 (64,3%) pacientes requirieron retratamiento: 13 pacientes (48,1%) TFDLD y 14 (51,9%) IM. A los tres meses de seguimiento, en el grupo de los pacientes tratados con dos sesiones de TFDLD se obtuvo una tasa de respuesta completa por lesión del 80%, siendo del 73,2% en el grupo TFDLD+IM (p=0,0063); a los seis meses fue de 78,6% y de 62,1% (p=0,0013) y al año del 75,2% y el 54,6% (p=0,0007) respectivamente. Las reacciones locales fueron más frecuentes en los pacientes tratados con TFDLD+IM que en tratados con dos sesiones de TFDLD (p=0,0245). Con respecto a la satisfacción del paciente y los

resultados cosméticos no se encontraron diferencias en ambos grupos (p>0,10).

Conclusiones. La combinación de TFDLD+IM no parece sinérgica ya que su efectividad a largo plazo fue inferior a dos sesiones TFDLD en el tratamiento de las QA, aunque ambos presentan buenos resultados cosméticos y satisfacción del paciente.

CO17. COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PABELLÓN AURICULAR

M. Vela Ganuza^a, R. Miñano Medrano^a, J.G. Álvarez Fernández^a, M.A. García^b y J.L. López Esteban^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos. El carcinoma epidermoide supone la segunda neoplasia cutánea en frecuencia, con una importante incidencia en nuestro país. Por lo general, el pronóstico es excelente tras una extirpación quirúrgica completa. Sin embargo se trata de una neoplasia con potencial metastásico y que según algunas series, llega a ser la causa de la muerte del paciente en aproximadamente el 1,5-2,1% de los casos. Este escenario se da con más frecuencia en tumores de características más agresivas, en pacientes con determinados factores de riesgo y también en localizaciones concretas. Y una de estas regiones anatómicas de riesgo es el pabellón auricular. Sin embargo, en la literatura escasean los estudios observacionales descriptivos que versen sobre este tema en concreto. Es por ello que pretendemos describir y analizar esas características tanto del tumor como del paciente; así como los datos sobre el manejo terapéutico, sus resultados, y la evolución de nuestros pacientes.

Métodos. Se realiza un estudio observacional analítico retrospectivo, sobre carcinoma epidermoide localizado en pabellón auricular. Los pacientes se seleccionan a partir del archivo de resultados histológicos del servicio de anatomía patológica, seleccionándolos en un intervalo de tiempo comprendido entre 1998 y diciembre de 2015. Se recogen los datos clínicos y de seguimiento de dichos pacientes desde su diagnóstico hasta la fecha actual. Se analizan las variables de interés mediante SPSS.

Resultados/conclusiones. Se obtiene una muestra de 83 pacientes (72 varones y 11 mujeres), en su gran mayoría de elevada edad. En ella se estudian las principales variables descriptivas seleccionadas a partir de los estudios observacionales publicados en la literatura y datos sobre seguimiento y manejo realizado. Incluimos resultados sobre características de relevancia en pacientes (inmunosupresión, DM, comorbilidad crónica en escalas), características del tumor (tamaño, adenopatías, metástasis), histológicos (diferenciación, invasión perineural, invasión linfovascular...), datos derivados de los tratamientos realizados y sus resultados y datos sobre seguimiento y evolución.

Pósteres

P01. LINFOMA B CENTROFOLICULAR CUTÁNEO EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB

A. Rodríguez-Villa Lario^a, S. Medina-Montalvo^a, M.D. Vélez-Velázquez^b, C. Guirado-Koch^a y A. Sánchez-Atrio^c

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

Introducción. Los casos de linfoma cutáneo en pacientes tratados con fármacos antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF) son poco frecuentes, siendo tanto el linfoma de estirpe B como su descrip-

ción en pacientes bajo tratamiento con golimumab una entidad excepcional.

Caso clínico. Varón de 65 años, con antecedentes de artropatía psoriásica en tratamiento con golimumab 50 mg mensuales desde hacía 3 años. Consultó por lesiones cutáneas asintomáticas prees-ternales de dos años de evolución. No presentaba clínica sistémica. A la exploración presentaba una placa constituida por pápulas eritematosas de 2 cm de diámetro con telangiectasias en superficie. Se realizó biopsia, donde se observó proliferación linfoide de células B y T que infiltraba dermis e hipodermis constituida por linfocitos de pequeño y mediano tamaño, algunos con atipia (CD20, CD79 y BCL6+ con Ki67 del 20%), compatible con linfoma B del centro folicular con patrón de crecimiento difuso y folicular. Se realizó estudio de extensión mediante tomografía axial computarizada, sin evidenciarse afectación neoplásica a otro nivel. El estudio de médula ósea fue negativo para malignidad. Tras la suspensión del fármaco, se decidió extirpación de la lesión. Debido a la afectación de uno de los márgenes quirúrgicos se infiltró rituximab intralesional. **Discusión.** El aumento del riesgo de aparición de linfomas en pacientes en tratamiento con inmunosupresores sistémicos es conocido, si bien los casos descritos en la literatura de linfomas cutáneos tras terapia con anti-TNF son escasos y pertenecen en su mayoría a linfomas de estirpe celular T. Los fármacos más comúnmente asociados son adalimumab, etanercept e infliximab. Los dos casos reportados de linfoma B cutáneo asociados a anti-TNF resultaron neoplasias de bajo grado asociadas a etanercept y adalimumab respectivamente y fueron tratadas con radioterapia y quimioterapia. En nuestro caso el paciente presentó un linfoma B folicular cutáneo durante tratamiento con golimumab, no reportado hasta el momento tras realizar una revisión bibliográfica. El empleo de rituximab intralesional puede ser una opción terapéutica.

PO2. ESTUDIO PROSPECTIVO CON METROTEXATO INTRALESIONAL NEOADYUVANTE EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN 70 PACIENTES

M. Bergón-Sendín, A. Pulido-Pérez, P. Vilas Boas-Da Silva, L.M. Nieto-Benito y R. Suárez-Fernández

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

Introducción. El tratamiento de elección del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la extirpación quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad oncológicos. Desde hace años se conoce el efecto del metotrexato intralesional (MTX-il) sobre el tamaño del CEC, habiéndose descrito importantes reducciones en el tamaño tumoral en la mayoría de los casos tratados.

Material y métodos. Presentamos un estudio prospectivo con 70 casos CEC tratados con MTX-il de forma neoadyuvante al tratamiento quirúrgico definitivo. Se realizaron 2 infiltraciones de metotrexato separadas entre sí por 1 semana. La dosis por infiltración osciló entre 10 mg y 20 mg de MTX-il. Se tomaron medidas clínicas y ecográficas (diámetro mayor clínico/diámetro menor clínico y espesor tumoral ecográfico) de las lesiones antes del tratamiento neoadyuvante y antes del tratamiento quirúrgico definitivo. Tanto el diagnóstico pretratamiento como la resolución clínica tras MTX-il (en caso de producirse) se confirmaron histológicamente.

Resultados. Se consiguió una reducción del tamaño tumoral en un 94,3% de los casos y en un 39,7% se logró la resolución completa de tumor. La disminución media del tamaño tumoral fue del 43,7% en el diámetro mayor, del 42,7% en el diámetro menor y del 54,7% en el espesor tumoral ecográfico. El procedimiento fue bien tolerado, sin necesidad de administrar anestesia local. Ninguno de nuestros pacientes presentó efectos adversos locales ni sistémicos.

Conclusión. En nuestra experiencia, el tratamiento con MTX-il neoadyuvante es una estrategia terapéutica sencilla, efectiva y segura, capaz de optimizar los resultados cosméticos y funcionales del tra-

tamiento quirúrgico del CEC. Dada la elevada tasa de resolución completa conseguida, permite también optimizar la gestión de las listas de espera quirúrgicas.

PO3. USO DE CERA DE HUESO PARA CURAS POR SEGUNDA INTENCIÓN EN DERMATOLOGÍA

L. Turrión-Merino, C. Martínez-Mera, I. Salguero-Fernández, R. Cabezas-Martínez y G. Roustán Gullón

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

Introducción. La cera de hueso es un material inerte compuesto principalmente por cera de abejas en una concentración variable según las marcas comerciales (70-90%), mezclada con otros componentes como el palmitato de isopropilo o la vaselina y agentes estabilizadores. El origen de la cera para huesos se remonta al año 1842. Sin embargo no fue hasta 1892 cuando Víctor Horsley popularizó su uso en el campo de la neurocirugía. Posteriormente se ha extendido su uso en neurocirugía, cirugía cardíaca y en cirugía ortopédica como hemostático para los defectos óseos. En 2013 M. Alegre y colaboradores publicaron la utilización de cera de hueso en cirugía dermatológica destacando su utilidad como apósito de las heridas quirúrgicas extensas y profundas debido a sus múltiples propiedades. Sin embargo, desde entonces no hemos encontrado en la literatura otros artículos que avalen esta técnica a pesar de ser una práctica extendida entre los dermatólogos.

Materiales y métodos. Se incluyeron pacientes del servicio de Dermatología de una sola institución, desde septiembre 2017 a septiembre 2018, que tras un procedimiento quirúrgico realizaron cicatrización por segunda intención con aplicación de cera de hueso con una cura semanal.

Conclusiones. Presentamos 7 casos de heridas quirúrgicas tratadas con curas por segunda intención mediante cera de hueso con un buen resultado final y sin complicaciones reseñables. Destacamos sobre todo el gran resultado en heridas con exposición de hueso o cartilago y de especial utilidad en el cuero cabelludo. La cera de hueso presenta unas cualidades idóneas como apósito no adherible en cirugía dermatológica. Actúa como barrera hemostática, favorece la regeneración de las heridas, es fácil de manejar, barata y está disponible en la mayoría de nuestros hospitales. Por otra parte debemos destacar las propiedades antimicrobianas que han sido descritas en la cera de abejas y que son extensibles a la cera de hueso, como uno de los posibles factores que favorecen el ambiente más idóneo para la correcta cicatrización de las heridas quirúrgicas. En conclusión, la cera para huesos debe ser considerada como alternativa terapéutica a otro tipo de materiales y parches en las curas por segunda intención en cirugía dermatológica.

PO4. RECONSTRUCCIÓN DEL ANTEHÉLIX MEDIANTE MICROINJERTOS CUTÁNEOS OBTENIDOS DEL LÓBULO AURICULAR IPSILATERAL

C. Horcajada Reales, D. Martínez Sánchez, B. Echeverría García, J. Ruiz Rivero y J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.

Introducción. En el pabellón auricular asientan con frecuencia lesiones cutáneas malignas, que además en esta localización pueden tener mayor agresividad. La reconstrucción tras la exéresis quirúrgica de estas lesiones supone un desafío, especialmente en localizaciones como el antehélix donde las opciones de reconstrucción mediante colgajos locales son escasas y complicadas. Por otro lado, el empleo de injertos convencionales supone la intervención habitualmente en dos campos quirúrgicos, la cura de dos heridas quirúrgicas y unos cuidados exquisitos para lograr el prendimiento

completo del injerto. El cierre por segunda intención es otra opción válida, pero la cicatrización es muchas veces lenta e incómoda para el paciente.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 90 años con un carcinoma epidermoide localizado en el antehélix del pabellón auricular derecho. La exéresis quirúrgica incluyó tanto la piel anterior del antehélix como el cartílago subyacente y resultó en un defecto quirúrgico de morfología ovalada de 13 × 15 mm. Por la situación basal del paciente se buscó una reconstrucción quirúrgica simple y rápida que cicatrizara en el menor tiempo posible y que evitara intervenciones adicionales. Se realizó la reconstrucción mediante microinjertos cutáneos obtenidos del lóbulo del mismo pabellón auricular. Se utilizó piel de espesor total obtenida con dos incisiones punch de 6 mm realizadas cada una en la piel anterior y posterior de dicho lóbulo. Los defectos de los lóbulos se suturaron de forma directa. Cada uno de los fragmentos obtenidos con el punch se dividió en pequeñas piezas que se colocaron sobre el defecto del antehélix y se cubrieron mediante un apósito de silicona durante 5 días. La herida estaba completamente cicatrizada a los 10 días.

Discusión y comentarios. La reconstrucción de los defectos quirúrgicos del antehélix mediante microinjertos obtenidos del lóbulo del mismo pabellón auricular es una opción reconstructiva fácil, segura y práctica, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades. Entre otras ventajas, es rápida y sencilla, evita la necesidad de un campo quirúrgico adicional y segundos tiempos quirúrgicos, el resultado estético es bueno y la técnica es bien aceptada por los pacientes.

P05. ADENOCARCINOMA DUCTAL CUTÁNEO PRIMARIO EN CUERO CABELLUDO

A. Estébanez Corrales^a, S. Guillen Climent^a, L. Terradez Mas^b, C. Monteagudo Castro^b y M.D. Ramón Quiles^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Introducción. El adenocarcinoma ductal cutáneo primario es un tumor aneural raro, que plantea un reto diagnóstico a nivel anatomopatológico.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón, de 68 años, con una lesión asintomática en región parietal izquierda de 2 años de evolución, con crecimiento progresivo. Clínicamente se trataba de una placa eritematosa de 25 × 15 mm aproximadamente, mal definida, de aspecto esclerodermiforme. Bajo la sospecha de carcinoma basocelular esclerodermiforme se realizó exéresis. Histológicamente se apreciaba un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, compuesto por nidos de epitelio cuboidal con diversos grados de diferenciación y una importante infiltración de toda la dermis. Inmunoquímica de las células tumorales eran positivas para CK7, receptores de estrógenos y progesterona y negativas para p63 y D2-40. Dados los hallazgos histológicos e inmunoquímicos se diagnosticó de metástasis cutánea de adenocarcinoma mamario, sin embargo, la ausencia de primario extracutáneo en el PET-TAC hizo concluir que se trataba de un adenocarcinoma ductal cutáneo primario. Tras exéresis completa y 1 año de tamoxifeno adyuvante, el paciente se mantiene libre de enfermedad.

Discusión. El adenocarcinoma ductal ecrino cutáneo primario es un tumor aneural raro, con un difícil diagnóstico diferencial a nivel anatomopatológico con las metástasis cutáneas de adenocarcinoma visceral. Diversos estudios tratan de establecer herramientas inmunoquímicas que ayuden al respecto. Las metástasis cutáneas de adenocarcinomas internos suelen ser negativas para p63 y D2-40, mientras que los tumores aneurales cutáneos suelen ser positivos para estos dos marcadores (S 95%, E 97%). A pesar de que la inmunoquímica sea de gran ayuda, la evidencia o ausencia de primario es la clave para el diagnóstico definitivo.

P06. POROCARCINOMA ECRINO DE LOCALIZACIÓN ACRAL

C. Cuenca-Barrales^a, B. Espadafor-López^b, J.J. Vega-Castillo^a, A. Martín-Castro^c y R. Ruiz-Villaverde^a

^aServicio de Dermatología. ^bHospital Universitario San Cecilio.

^bHospital Universitario Virgen de las Nieves. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Varón de 77 años sin antecedentes de interés que consultó por un tumor en pie izquierdo de 10 años de evolución, que había crecido últimamente y ocasionalmente drenaba contenido serosanguinolento. A la exploración se observaba un tumor de 8 cm en 5º dedo de pie izquierdo, duro, poco depresible, con varias dilataciones vasculares que protruían sobre la superficie lisa. Se palpaban dos adenopatías inguinales rodaderas de 1 cm. El examen histopatológico de una biopsia fue compatible con porocarcinoma ecrino (PE). El PET-TAC reveló la presencia de un foco hipermetabólico en el pie izquierdo y otro inguinal izquierdo, sin hallazgos a otros niveles, mientras que en la RMN se apreciaba una adenopatía inguinal. Se realizó amputación de falanges y metatarsianos de 4º y 5º dedos, con resultado de PE pobremente diferenciado, de 55 mm de espesor, que infiltraba el hueso. Asimismo se extirpó la adenopatía, hallándose metástasis de PE. Posteriormente, se practicó una linfadenectomía, encontrándose metástasis en 1 de las 7 adenopatías aisladas. Tras la cirugía se inició radioterapia adyuvante tanto en pie como en región inguinal izquierdas (50 Gy a 2 Gy por sesión), encontrándose el paciente en seguimiento en el momento actual, sin evidencia de progresión tras 2 meses de la finalización del tratamiento. El PE es un tumor maligno poco frecuente que se origina en el acrosiringio de las glándulas sudoríparas, bien de novo, bien a partir de un poroma ecrino preexistente. Es más frecuente en personas de edad avanzada, con incidencia parecida por sexos. Muestra predilección por extremidades inferiores, cabeza y cuello, siendo infrecuente su localización en dedos. Su presentación clínica es inespecífica, por lo que el examen histopatológico es esencial en el diagnóstico. La presencia de más de 14 mitosis por campo, de invasión linfovascular y/o de un espesor tumoral > 7 mm se correlacionan con un mayor riesgo de enfermedad metastásica, mientras que los patrones de crecimiento infiltrativo y pagetoide incrementan el riesgo de recidiva local/regional. El tratamiento es principalmente quirúrgico. Es fundamental un abordaje multidisciplinar, especialmente de la enfermedad metastásica, debido a la ausencia de guías de práctica clínica estandarizadas y la complejidad de su manejo.

P07. NEOPLASIAS MESENQUIMALES, CUANDO LA HISTOLOGÍA ES CLAVE

H. Cembrero Saralegui^a, S. Tabbara Carrascosa^a, N. Silvestre Torner^a, M. Dorado Fernández^a y F. Burgos Lázaro^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Severo Ochoa. España.

Los tumores fibrohistiocitarios cutáneos suponen un verdadero reto diagnóstico por su variabilidad clínica e histológica. El término fibrohistiocitario es esencialmente descriptivo y hace referencia a la similitud morfológica de las células tumorales con fibroblastos e histiocitos. Presentamos a un varón de 41 años sin antecedentes de interés, que acude por una lesión asintomática en tercer dedo de mano derecha de 6 meses de evolución. Se trataba de un nódulo eritematoso, de consistencia firme a la palpación y de 0,5 cm de diámetro. La ecografía cutánea mostró una lesión ovalada hipocóica, sugiriendo una lesión sólida. En la histología destacaba una proliferación fusocelular en dermis media y tejido celular subcutáneo con patrón en haces y aisladas células gigantes multinucleadas. Además mostraba una intensa positividad para vimentina, focalmente para actina y CD68. Fueron negativos el S100, factor XIIIa, CD34, citoqueratinas y desmina. Los hallazgos clínicos e histológicos

cos fueron compatibles con un tumor fibrohistiocitario plexiforme. Se realizó una extirpación completa de la lesión y un estudio extensión que fue negativo. Se realizaron seguimientos periódicos clínicos y de imagen sin presentar signos de recidiva local ni a distancia. El tumor fibrohistiocitario plexiforme es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, más frecuente en niños y adultos jóvenes en miembros superiores. Clínicamente suele ser un nódulo o placa de lento crecimiento y asintomático. En el estudio histológico podemos encontrar 3 subtipos histológicos según el tipo de célula predominante: fibroblástico, histiocítico o mixto. En el patrón fibroblástico predominan células fusocelulares agrupadas en haces, mientras que el histiocítico está compuesto por agregados de células redondeadas, acompañadas en ocasiones por células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto. En la inmunohistoquímica destaca la positividad para vimentina, CD68 y SMA y negatividad para citoqueratinas, desmina, HBM45 y S100. Plantea un amplio diagnóstico diferencial con otros tumores como el dermatofibroma, el fibroxantoma atípico o el neurotecoma celular, entre otros. Finalmente cabe destacar la importancia del tratamiento quirúrgico y posterior seguimiento a largo plazo, debido al riesgo de recurrencia local en extirpaciones incompletas y de metástasis ganglionares y pulmonares, aunque poco frecuentes.

P08. DERMATOFIBROMA PROTUBERANS CONGÉNITO. NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ACTIVO

A. Rodríguez Tejero, T. Montero Vilchez, L. Salvador Rodríguez, M. Salazar Nievas y J. Tercerdor Sánchez

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

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de crecimiento lento y malignidad intermedia. El DFSP congénito es un subtipo poco habitual, con frecuencia confundido con otras entidades benignas. Dado que se trata de una variante escasamente descrita, presentamos una serie de dos casos de DFSP congénito, haciendo eco de su importante retraso diagnóstico y la necesidad de un seguimiento activo. - Varón de 32 años, consulta por aparición de una lesión nodular de 2 cm sobre la cicatriz quirúrgica de una intervención realizada 10 años atrás para extirpación de una lesión atrófica congénita escapular izquierda. Aporta informe histológico con diagnóstico de DFSP. Se realiza Mohs diferido sobre el nódulo recidivante. - Mujer de 18 años, consulta por crecimiento de un nódulo doloroso dentro de una placa atrófica congénita interescapular, de 5 cm y hasta entonces asintomática. La biopsia confirma DFSP y se realiza cirugía de Mohs diferido. Dos meses después en la cicatriz aparece dehiscencia y una nueva nodulación. El DFSP se considera una neoplasia fibrohistiocítica en la que se ha demostrado presencia en células tumorales de cromosomas supernumerarios con el gen de fusión anormal COL1A1-PDFGB. Suele presentarse en el tronco y entre los 30-40 años, inicialmente como una placa asintomática de color variable, que lentamente evoluciona hacia la formación de una tumoración infiltrada nodular. La histología muestra una masa que parte desde dermis con centro más denso y proyecciones tentaculares, formada por células fusiformes con baja actividad mitótica y patrón estoriforme. Es frecuente la infiltración del tejido celular subcutáneo, y posible de fascia y músculo. La inmunohistoquímica (IH) es positiva para nestina y CD34. El tratamiento de elección es la cirugía micrográfica de Mohs. La forma congénita es muy poco habitual y tiene presentación clínica atípica, como una placa atrófica o angiomatosa. Además, los casos poco evolucionados suelen carecer de los hallazgos histológicos característicos, por lo que son las técnicas de IH y la demostración por FISH/RT-PCR del reordenamiento COL1A1-PDFGB, la principal fuente de confirmación. Presentamos dos ejemplos de DFSP congénito que ponen de manifiesto el retraso diagnóstico que conlleva su inespecífica presentación y la necesidad de seguimiento longitudinal a largo plazo, mediante exploración, ECO y RMN.

P09. COLGAJO ENTERRADO EN EMINENCIA TENAR: UNA ALTERNATIVA RECONSTRUCTIVA

M. Canseco Martín^a, M. Navedo de las Heras^a y M.Á. Rodríguez Prieto^b

^aHospital Clínico Universitario. Valladolid. ^bComplejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción. No existen muchas posibilidades reconstructivas para defectos en la punta de los dedos, más cuando no existe periostio. El colgajo enterrado es una buena opción, con grandes ventajas y pocas comorbilidades, aunque habitualmente no es utilizada en cirugía dermatológica.

Caso clínico. Varón de 83 años acude con una lesión tumoral localizada en la región dorsal de falange distal, que afecta el lecho ungueal del 4º dedo de la mano izquierda. Se realiza una exéresis mediante cirugía de Mohs, obteniéndose márgenes libres tras 1 pase. El defecto final deja un defecto de 1,5 × 2 cm que afecta al periostio, dejando la falange expuesta. Para la reconstrucción decidimos realizar un colgajo enterrado en la eminencia tenar, con inmovilización posterior mediante férula y cabestrillo. Tras 15 días, en un segundo tiempo, se realiza la sección y liberación del pedículo con un cierre directo de la zona donante. A la semana de la intervención el resultado funcional y estético es satisfactorio.

Discusión. En cirugía dermatológica el injerto suele ser la técnica de elección para la reconstrucción de defectos en las extremidades. Sin embargo, esto no es posible sin el sostén del periostio. El colgajo enterrado es una buena opción en estas situaciones. El cirujano Gatewood, en 1926, describe el colgajo enterrado en la eminencia tenar, no solo para la reconstrucción del pulpejo sino también para la región dorsal del dedo, como presentamos en este caso, aportando un adecuado grosor y, por tanto, una buena protección para evitar la ulceración por traumatismos. Posee además la ventaja de permitir el cierre directo de la zona donante. Como desventajas puede aparecer una rigidez articular por inmovilización hasta el 2º tiempo quirúrgico.

Conclusión. Los hallazgos observados muestran buenos resultados mediante la reconstrucción con colgajo enterrado de eminencia tenar, por lo que recomendamos su uso en cirugía dermatológica.

P10. PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES DIFUSO, TIPO PIERNA EN CUERO CABELLUDO

M. Garayar Cantero^a, M. Canseco Martín^a, Á. Aguado García^a, G. Martínez García^b y P. Manchado López^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España.

Introducción. Los linfomas cutáneos tipo B son una entidad infrecuente constituyendo el 30% del total de linfomas primarios cutáneos. La mayoría de linfomas cutáneos tipo B tienen un curso indolente, sin embargo, según la última clasificación de la WHO/EORTC 2008 existen 3 tipos que cursan de forma agresiva: linfoma difuso de células B grandes, tipo pierna, linfoma difuso de células B grandes, otros y linfoma de células B grandes intravasculares.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 76 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, entre cuyos antecedentes médicos destacaba hiperplasia benigna de próstata y esclerosis lateral amiotrófica, que fue remitido a Dermatología por crecimiento progresivo de una lesión en cuero cabelludo. A la exploración física, observamos una lesión única de aspecto tumoral, eritematosa, superficie lisa y brillante, consistencia dura e infiltrada de 5 × 5 cm de diámetro en área parietal derecha. Se realizó una biopsia cutánea cuyo estudio histológico reveló una infiltración de todo el espesor dérmico por una neoplasia linfoide constituida por células de tamaño grande de morfología centroblastoide e inmunoblastoide.

El estudio inmunohistoquímico mostraba células positivas para CD45, CD20, CD79a, BCL-2, BCL-6, MUM-1 y 3% C-MYC. En ese momento se solicitó una analítica, frotis periférico, serologías, TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste y punción de médula ósea que no mostraron hallazgos significativos. Se estableció el diagnóstico de linfoma primario cutáneo difuso de células B grandes, tipo pierna (PCLBCLLT).

Discusión. En la serie más larga de PCLBCLLT reportada hasta la actualidad, Grange et al. definieron que se trata de una entidad infrecuente que predomina en mujeres de 70 años y se manifiesta como placas o nódulos eritematovioláceos con tendencia a la ulceración. En un 72% de los casos se localizan en las piernas, aunque se han descrito en tronco, extremidades superiores (2-15%) y cabeza y cuello (2-18%). La extensión extracutánea es relativamente frecuente. Sin embargo, las tasas de supervivencia a 3 años son significativamente diferentes según si el tumor está localizado en las EELL o fuera de ellas (43% y 77%, respectivamente). Por lo que la diferencia topográfica en el PCLBCLLT constituye un factor pronóstico determinante de cara al manejo terapéutico.

P11. PLACA ALOPÉCICA EN CUERO CABELLUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE DISEMINADO

M. Dorado Fernández, M. Martínez García, M. Martínez Pérez, A. Imbernón Moya y H. Cembrero Saralegui

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

Introducción. El angiosarcoma epitelioides (AE) es un tumor de origen vascular, raro y extremadamente agresivo que afecta principalmente a ancianos, y cuya localización principal es la cara y el cuero cabelludo.

Caso clínico. Mujer de 77 años sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestra consulta por aparición de dos placas cutáneas asintomáticas localizadas en cuero cabelludo y zona retroauricular izquierda, de menos de un año de evolución. A la exploración, se apreciaron dos placas cicatriciales alopécicas, de aspecto esclerodermiforme, con telangiectasias superficiales y bordes ligeramente sobreelevados. La biopsia de ambas lesiones mostró una infiltración masiva por células malignas indiferenciadas con áreas epitelioides y fusocelulares, con positividad para vimentina, CD31 e intensa positividad nuclear para ERG, lo que permitió la tipificación de las mismas como angiosarcoma epitelioides. Se realizó un PET-TAC que mostró adenopatías cervicales, supraclaviculares y paratraqueales derechas sugestivas de malignidad, lo cual fue confirmado mediante PAAF de una de ellas. Se inició tratamiento con taxol semanal como primera línea por parte del servicio de Oncología, consiguiéndose la estabilización del cuadro, aunque con persistencia hasta el momento de las placas cutáneas y las adenopatías.

Discusión. El AE se caracteriza clínicamente por la presencia de placas o nódulos eritematovioláceos, que evolucionan a la ulceración y sobreinfección. Su pronóstico es malo, con gran tendencia a recidivar y elevada capacidad para metastatizar. La etiología de los angiosarcomas no está bien definida. Se han descrito casos asociados a linfedema crónico, radioterapia o ciertas toxinas ambientales, aunque en el caso del AE no se conocen los factores predisponentes. No existe un tratamiento definitivo para este tumor, habiéndose descrito el empleo de cirugía agresiva en lesiones pequeñas, radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia, siendo el porcentaje de recidivas y metástasis muy elevado con todos ellos. Presentamos este caso de AE diseminado irreseccable, destacando su gran variabilidad clínica y agresividad, y recordando la importancia de biopsiar cualquier lesión cutánea en cabeza y cuello de corta evolución en ancianos sin un diagnóstico clínico claro.

P12. UTILIDAD DE MATRIZ DÉRMICA ARTIFICIAL EN RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS COMPLEJOS DEL CUERO CABELLUDO

I. Torres-Navarro, J. Roca-Ginés, M.Á. Navarro-Mira, B. Escutia-Muñoz y R. Botella-Estrada

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

Antecedentes y objetivos. La extirpación de los tumores cutáneos malignos en el cuero cabelludo obliga en ocasiones a profundizar en el mismo hasta la exposición de la calota. En algunos casos, se debe escoplar el hueso craneal para erradicar la infiltración ósea y alcanzar así márgenes histológicos negativos. La reconstrucción de este tipo de defectos en el cuero cabelludo, especialmente en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades, suponen un reto para el cirujano. Presentamos un procedimiento rápido y seguro de realizar, que adicionalmente ofrece buenos resultados estéticos. Las matrices dérmicas artificiales (MDA) se utilizan frecuentemente en la reconstrucción de cicatrices retráctiles originadas por quemaduras. En nuestra exposición reivindicamos su utilidad también para la reconstrucción de defectos de espesor total en el cuero cabelludo.

Métodos y resultados. La MDA debe ser colocada en un lecho vascular apropiado tras haber eliminado todo el tejido inviable. La MDA promueve la neogénesis vascular a través de su matriz porosa de colágeno y glucosaminoglicanos. Tres o cuatro semanas después de la primera fase quirúrgica, se ha completado la creación de una nueva dermis, biológicamente indistinguible de la circundante, sobre la que se puede colocar un injerto epidérmico para cubrir el defecto por completo.

Conclusiones. Presentamos un método estandarizado y sencillo que permite la reconstrucción de estos defectos en dos pasos empleando MDA que ofrece buenos resultados oncológicos y estéticos.

P13. RECONSTRUCCIÓN TOTAL EN BLOQUE DEL PÁRPADO INFERIOR MEDIANTE INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR Y COLGAJO DE FRICKE

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, M. Azcona Rodríguez, S. Oscoz Jaime, A. Larumbe Irurzun y M.E. Iglesias Zamora

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

La cirugía del párpado constituye un reto para todo cirujano dermatológico debido a su particular anatomía y funcionalidad. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con un carcinoma basocelular infiltrante afectando a la práctica totalidad del párpado inferior y parte del canto interno del ojo derecho. Tras resección radical mediante cirugía de control de bordes al microscopio en dos tiempos, se procedió a la reconstrucción del defecto creado mediante injerto autólogo condropericóndrico de concha auricular y cobertura cutánea mediante colgajo de transposición de mejilla modificado de Fricke. La reconstrucción extensa del espesor total debe iniciarse mediante la reconstrucción de la lamela posterior, aportando un tejido de sostén que permita minimizar el riesgo de complicaciones funcionales posquirúrgicas. Para este fin, los injertos condropericóndricos constituyen una buena opción tal y como describieron en 1987 Matsuo et al. Para la reconstrucción de la lamela anterior, en esta ocasión seleccionamos el colgajo de Fricke modificado consistente en una plastia de transposición lobulada de mejilla. Este colgajo fue descrito en 1824 por el cirujano alemán Johan Karl Fricke quien lo definió como una plastia de transposición unipediculada de región supraciliar para reconstrucción de defectos de párpado inferior. Posteriormente en 1845 Frieze y Reich modificaron esta plastia diseñando el lóbulo de transposición en mejilla. Las principales ventajas de este colgajo residen en que es válido para grandes defectos, posee un buen pedículo, genera baja tensión y es de relati-

va rápida realización. Respecto al Fricke clásico evita la elevación de la ceja. En conclusión, presentamos un caso de difícil reconstrucción palpebral en el que, tras reconstrucción de la lamela posterior con injerto condropericóndrico, optamos por un colgajo cutáneo clásico de uso infrecuente para reconstruir la lamela anterior. El colgajo de Fricke nos permitió obtener un resultado funcional y estético aceptable. Creemos importante conocer esta serie de plastias más infrecuentes ya que en casos seleccionados pueden resultar de gran utilidad.

P14. MELANOMA IN SITU DEL APARATO UNGUEAL. UNA ALTERNATIVA DE RECONSTRUCCIÓN

S. Herrera Rodríguez, N. Santana Molina, S. Tovar Campos, P. Valerón Almazán y G. Carretero Hernández

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

Introducción. Para el tratamiento del melanoma ungueal se consideró clásicamente la escisión local amplia con amputación de falange distal como tratamiento de primera línea. En los últimos años se aboga por técnicas menos invasivas con preservación de falange, especialmente en estadios precoces, que no han mostrado mayor recurrencia ni disminución de supervivencia. Se han descrito varias técnicas reconstructivas con resultados aceptables.

Caso clínico. Mujer de 28 años, caucásica, sin antecedentes de interés. Presentó melanoniquia longitudinal en lámina ungueal D5 mano derecha de años de evolución en seguimiento por dermatólogo privado con diagnóstico de nevus de matriz ungueal. Tras ensanchamiento de banda de pigmentación, se realizó biopsia matricial donde se refirió la presencia de un melanoma in situ en matriz ungueal. Fue remitida a nuestro servicio para ampliación y seguimiento. A la exploración prequirúrgica, se evidenció cicatriz de biopsia. En lámina ungueal, melanoniquia longitudinal lineal heterocroma de 3 mm de ancho uniforme. La dermatoscopia mostró bandas marrones heterocromas y de diferente ancho, así como espacios de distinta amplitud. Se extirpó el aparato ungueal preservando falange distal y aparato extensor. Para la cobertura se diseñó un doble colgajo de avance (uno volar y otro dorsal) más colgajo de transposición distal de base radial. En la revisión posquirúrgica a las 24 horas, se evidenció sufrimiento cutáneo en extremo distal del colgajo volar. La paciente continuó con curas locales con buena evolución. El dolor fue leve y no presentó otras complicaciones durante el proceso de cicatrización. En la histología se evidenció fibrosis cicatricial sin evidencia de malignidad. Durante el seguimiento, comenzó a crecer pequeño remanente de lámina ungueal en región lateral. Se propuso eliminación estética de la misma con negativa por parte de la paciente. Tras 18 meses de seguimiento no ha presentado recidiva ni progresión de la enfermedad.

Discusión. En la literatura se describe como técnica habitual de cobertura el injerto de espesor total, aunque también se comunican buenos resultados tras cierre por segunda intención. Llevamos a cabo una alternativa a la técnica clásica de cobertura con buen resultado funcional y estético.

Conclusiones. Presentamos una alternativa de cobertura a las habitualmente descrita.

P15. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL MELANOMA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

A. Crespo Cruz^a, F. Berdugo Hurtado^b, I.M. Coronel Pérez^a, A.I. Lorente Lavirgen^a y J. Escudero Ordóñez^a

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

^b*Licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla. Sevilla. España.*

Objetivos. Aportar una fuente de datos epidemiológicos que ayuden a conocer mejor las características del melanoma en el Área de

Gestión Sanitaria Sur de Sevilla y, además, realizar una comparativa de los datos obtenidos con los publicados tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de corte transversal a partir de una base de datos totalmente anonimizada en la que se registraron diferentes variables sociodemográficas, clínicas e histopatológicas de 93 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla), durante el periodo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2017 y cuyo diagnóstico histológico fue de melanoma.

Resultados. La edad media de nuestro grupo de pacientes fue de 61,37 años. El 20,2% de los melanomas fueron diagnosticados como estadio in situ frente al 79,8% que fueron diagnosticados como melanoma invasor y cuya media del IB fue de 1,81 mm. En general, la variante clínicopatológica más frecuente fue el MES (65,6%) y la localización más frecuente el tronco (34,4%). Por otro lado, el melanoma se presentó con mayor frecuencia y con peor pronóstico en el sexo femenino.

Conclusiones. Como conclusión, destacamos la principal limitación de este estudio, que consiste en su pequeño tamaño muestral, sobre todo en el caso de las variables que no fueron estudiadas en el total de pacientes registrados en la base de datos. Este hecho podría haber influido en las diferencias fuertemente significativas observadas en algunas variables estudiadas al compararlas con la literatura disponible.

P16. MUTACIÓN CDKN2A EN PACIENTE CON DIVERSOS TUMORES ¿POSIBLE SÍNDROME MELANOMA-ASTROCITOMA?

M. Rogel Vence, M. Franco Muñoz, M.P. Sánchez Caminero, J.A. Garrido Martín y G. Romero Aguilera

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

Las mutaciones en el gen supresor de tumores CDKN2A se han asociado al desarrollo de numerosos tumores. Su relación con el síndrome de melanoma familiar es bien conocida. Además, alteraciones en este gen se han visto relacionadas más recientemente con el desarrollo de otros síndromes y tumores, entre ellos el síndrome de melanoma-astrocitoma. Presentamos el caso de una paciente de 30 años con historia familiar de tumores nerviosos y de partes blandas que ha desarrollado durante los últimos 10 años diversos neurofibromas y un sarcoma dérmico. No ha presentado hasta el momento lesiones melanocíticas atípicas o malignas ni existe historia familiar de melanoma. La realización del estudio genético evidenció la presencia de la mutación CDKN2A, descartando mutaciones asociadas a otros síndromes familiares como Li Fraumeni, Lynch, Turcot o neurofibromatosis. El síndrome del melanoma-astrocitoma, también conocido como síndrome del melanoma maligno y del tumor del sistema neural supone una entidad rara de la que existen pocos casos descritos en la literatura. De herencia autosómica dominante, elevada penetrancia y expresión variable, se atribuye al igual que otros síndromes de melanoma familiar a mutaciones CDKN2A. Las familias afectadas presentan historia de nevus atípicos o melanoma maligno y/o tumores del sistema nervioso como meduloblastoma, glioma, glioblastoma multiforme o neurofibroma entre otros. La frecuencia de aparición de las distintas neoplasias en estas familias no ha podido aun determinarse. Ante la presencia de una historia familiar y personal de neoplasias de sistema nervioso central y periférico, así como de partes blandas y junto a un CDKN2A mutado, se nos plantea la posibilidad de estar ante un síndrome de melanoma-astrocitoma. Son pocas las familias publicadas en la literatura, lo que nos impide conocer con exactitud la probabilidad de desarrollar lesiones melanocíticas malignas en estos pacientes. Es por tanto esencial en estos pacientes llevar a

cabo un exhaustivo seguimiento clínico y dermatoscópico de las lesiones melanocíticas, así como de otras posibles neoplasias que puedan ir desarrollando.

P17. TUMOR FIBROMIXOIDE OSIFICANTE MALIGNO CUTÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN NUEVO CASO

D. de Perosanz Lobo^a, E. Moreno Moreno^b, M.E. Reguero Calleja^b, L. Gutiérrez Roca^c y S. Bea Ardebol^a

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

Antecedentes. El tumor fibromixoide osificante (TFMO) de partes blandas es una rara neoplasia de histogénesis indeterminada y agresividad variable que afecta infrecuentemente a la piel.

Caso clínico. Varón de 61 años que acudió al Servicio de Urgencias por rápido crecimiento en el último mes de un nódulo dérmico de 4 cm de diámetro en región costal, doloroso, de tacto pétreo y con pápulas pseudovesiculosas en superficie. En el TC se observaba una masa sólida bien delimitada en dermis y tejido celular subcutáneo con calcificaciones en su interior, sin evidencias de afectación ganglionar o a distancia. Se realizó una biopsia que mostraba células mesenquimales malignas infiltrando la dermis, sin poder alcanzarse un diagnóstico concreto. La tumoración cutánea continuó creciendo rápidamente hasta alcanzar los 7 cm el día previo a su extirpación, siendo necesario un cierre con colgajo locorregional. El estudio histológico de la pieza quirúrgica mostró una proliferación de células de pequeño tamaño distribuidas en cordones sobre un estroma mixoide, con áreas en las que aumentaba llamativamente la densidad celular y la atipia. En la periferia se observaba abundante presencia de hueso neoformado de tipo lamelar. El estudio inmunohistoquímico fue negativo incluyendo S-100, y el ratio de mitosis fue de 40/50 cm², siendo el diagnóstico final de TFMO maligno cutáneo.

Discusión. El TFMO de partes blandas es un tumor infrecuente que suele acontecer en pacientes de edad media, con ligero predominio de varones. Desde su descripción en 1989 han sido publicados más de 120 casos, observándose afectación cutánea únicamente en alrededor del 11%. La inmunohistoquímica para S-100 es positiva en un 60%. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica amplia, aunque las recurrencias locales son frecuentes. Si bien no suele causar mortalidad, existen variantes atípicas agresivas que muestran un comportamiento similar al de un sarcoma de bajo grado, con elevado riesgo de metástasis.

Conclusión. Aunque infrecuente, el TFMO puede presentarse como una neoplasia cutánea primaria, por lo que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores cutáneos formadores de hueso. Los casos con atipia histológica deben ser considerados malignos dada la posibilidad de recidiva local y/o metástasis.

P18. COLGAJO DE ROTACIÓN HORIZONTAL EN J. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

J. Sarriugarte Aldecoa-Otalora, L. Loidi Pascual, R. Santesteban Muruzábal, B. Bonaut Iriarte y M.E. Iglesias Zamora

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

Antecedentes y objetivos. El colgajo de rotación horizontal en "J" fue descrito por Snow, Mohs y Olansky en 1990 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos en punta nasal. La reconstrucción tras la exéresis de carcinomas localizados en punta nasal supone un reto cosmético-quirúrgico por lo que el objetivo de este trabajo es presentar una alternativa quirúrgica que emplea la piel lateral de la nariz y mejilla para cubrir un defecto de espesor total de punta nasal.

Métodos. Recogemos 3 casos de carcinoma basocelular (extirpados con bordes libres) en los que la reconstrucción se realizó mediante el colgajo de rotación horizontal en "J" para cubrir defectos localizados en región excéntrica de punta nasal de hasta 1,5 cm de tamaño.

Resultados. El colgajo horizontal en "J", también conocido como colgajo perialar en semiluna o colgajo crecéntico nasoyugal (Smadja, 2007), consiste en una plastia de rotación. Su diseño se sostiene sobre una línea de movimiento principal en forma de "J". La primera incisión comienza en la mitad del polo inferior del defecto circular creado, se dirige hacia el surco alar y rodea el ala nasal hasta llegar al surco nasolabial. Nuestros 3 pacientes presentaron buena evolución del colgajo sin presencia de complicaciones posquirúrgicas reseñables -no signos de infección ni de sufrimiento cutáneo-junto con cicatrización satisfactoria. No observamos alteraciones funcionales ni estéticas llamativas; sí, una leve asimetría aceptable de las fosas nasales dado el considerable tamaño de los defectos creados.

Conclusiones. Existen múltiples colgajos para la cobertura de defectos en punta nasal. El colgajo de rotación horizontal en "J" constituye una adecuada opción reconstructiva en defectos de punta nasal de hasta 2 cm de tamaño con buen resultado estético y funcional sin complicaciones posquirúrgicas destacables, con cicatrización satisfactoria y respeto de las subunidades estéticas nasales.

P19. REGRESIÓN ESPONTÁNEA EN EL CARCINOMA DE MERKEL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

S. Cases Mérida, A.I. Lorente Lavirgen, A. Pérez Gil, M. Coronel Pérez y J. Escudero Ordóñez

Servicio de Dermatología, Hospital de Valme, Sevilla. España.

Introducción. A diferencia del resto de cáncer cutáneo no melanoma, el sistema inmunitario adopta un papel fundamental para el desarrollo del carcinoma de Merkel (CM). Esta hipótesis ha venido apoyada por una mayor incidencia de casos en inmunodeprimidos, la infección del poliomavirus y la respuesta a inmunoterapia observada en este tumor. El CM se caracteriza por un mal pronóstico, aunque ocasionalmente han sido reportado casos espectaculares de regresión espontánea.

Casos clínicos. *Caso 1.* Paciente de 83 años que acude por placa de 12 x 15 mm constituida por tres nódulos rosados agrupados en mejilla derecha de un año de evolución. Se realiza biopsia-punch de 4 mm que informa de CM. A los dos meses, la lesión desaparece espontáneamente. El estudio de extensión es negativo. *Caso 2.* Paciente pluripatológica de 94 años que acude por tumoración de 20 mm en mejilla derecha. Se remite a cirugía plástica para exéresis, sin embargo, la cirugía es rechazada. A los tres meses, acude de urgencias por gran crecimiento (70 mm) y sangrado incontrolable. Se realiza biopsia-punch y administración de 10 mg de metotrexato intralesional a modo empírico. La histología es compatible con carcinoma de células de Merkel. Por la mala situación basal, se decide remitir a radioterapia. No obstante, nunca llega a realizarse el tratamiento, porque el tumor presenta una autoinvolución completa a los 4 meses.

Discusión. La regresión espontánea se define como una desaparición completa del tumor en ausencia de tratamiento. En el caso del CM, se calcula una incidencia del 1,7-3% unos 40 casos publicados. Este fenómeno habitualmente se produce en mujeres de edad avanzada, en tumores localizados en cabeza y cuello (especialmente en mejilla, 18 de los 40 casos) y tras biopsia o aspiración con aguja fina. Se cree que la responsable del fenómeno es la estimulación de la inmunidad mediada por células T ante la presencia del poliomavirus. En el segundo caso, el metotrexato intralesional podría ser el responsable por su actividad antitumoral. En esta línea hay casos aislados publicados de curación tras otros tratamientos intralesio-

nales (bleomicina, interferón). Sin embargo, parece ser que es la misma agresión cutánea la que puede desencadenar este fenómeno.

P20. LESIONES ROSÁCEA-LIKE COMO MANIFESTACIÓN DIAGNÓSTICA DE UNA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

M. Morales Conde^a, A. Serrano Gotarredona^b y J.J. Ríos Martín^c

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Huelva.

^bUGC de Dermatología. ^cUGC de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. En numerosas ocasiones, las lesiones cutáneas son manifestaciones de patologías sistémicas y la biopsia cutánea es la gran herramienta de que dispone el dermatólogo para filiarlas y enfocar las pruebas complementarias pertinentes para el estudio de la enfermedad del paciente. Presentamos a un varón con lesiones rosaceiformes atípicas, donde la biopsia cutánea ayudó a diagnosticar un proceso linfoproliferativo sistémico.

Caso clínico. Varón de 66 años que consultó por lesiones papulosas eritematovioláceas confluentes en placas asintomáticas, algunas infiltradas, a nivel facial. Las lesiones persistieron a pesar de la doxiciclina oral indicada por la sospecha de rosácea. El estudio histológico demostró infiltración linfocitaria de predominio de linfocitos B con reordenamiento clonal del segmento VDJ de la cadena pesada de las inmunoglobulinas. En la citometría de flujo se detectó un predominio de linfocitos B patológicos, llegándose al diagnóstico de leucemia linfática crónica. El estudio de extensión (PET-TAC) determinó afectación cutánea y subcutánea en varias localizaciones y adenopatías supradiaphragmáticas. Actualmente, el paciente está pendiente de iniciar tratamiento por parte de Hematología.

Discusión. La leucemia cutis es la infiltración cutánea de leucocitos neoplásicos. Esta es más frecuente en la leucemia mieloide aguda (apareciendo en el 10-33% de los casos), aunque las leucemias linfoides también pueden presentarlas (6-10% de los casos). Las manifestaciones clínicas típicas son nódulos (60%), placas (25%) o pápulas eritematomarrónáceas en miembros y troncos, pero también se han descrito formas atípicas, entre ellas rosacea-like. En la mayoría de los casos, aparecen tras el diagnóstico del trastorno hematológico, aunque pueden ser concomitantes (hasta 30%) o aparecer antes del trastorno hematológico (menos del 10%, leucemia cutis aleucémica). La histología es esencial para el diagnóstico, pero también se necesitan estudios de citoquímica para la clasificación de la leucemia. La afectación cutánea suele acompañarse de otra afectación extramedular (con frecuencia sistema nervioso central) y es un signo de mal pronóstico (mortalidad de hasta el 88% en el primer año tras el diagnóstico de la leucemia cutis según algunas series). El tratamiento de la leucemia cutis es el de la enfermedad sistémica.

P21. QUERATOACANTOMA CENTRÍFUGO MARGINADO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

E. Silva Díaz^a, A. Estébanez Corrales^a, E. Montesinos Villaescusa^a, C. Monteagudo Castro^b y M.D. Ramón Quiles^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. España.

Introducción. El queratoacantoma centrífugo marginado (QCM) es una variante rara de queratoacantoma (QA) que se caracteriza por tener una clínica e histología que difieren de la presentación de su variante clásica.

Caso clínico. Una mujer de 64 años desarrolló una placa eritematoviolácea con áreas hiperqueratósicas multifocales y de bordes mal definidos en cara anterior de pierna derecha, que apareció tras la realización de terapia fotodinámica en la zona. Inicialmente se

pautó tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos sin mejoría, motivo por el cual se decidió realizar una biopsia. En la histología se observó una hiperplasia epidérmica con patrón de QA. Debido a la discordancia clínico-patológica se decidió hacer una nueva biopsia, en esta ocasión realizando un mapeo que incluyera varias zonas hiperqueratósicas. En el estudio histológico de todas las muestras se observó el mismo patrón histológico previamente descrito. Se realizó el diagnóstico de QCM y se pautó tratamiento con acitretino y 5-Fluorouracilo tópico con buena respuesta.

Discusión. La etiología del QCM es desconocida, se piensa que tiene un origen multifactorial y se ha relacionado con múltiples causas como la exposición solar crónica, el tabaquismo o los traumatismos, entre otras. Sin embargo, no se han reportado casos de aparición tras la realización de terapia fotodinámica. Histológicamente se observa una hiperplasia epidérmica con queratinocitos de citoplasma eosinófilo, acompañado de un infiltrado inflamatorio dérmico superficial y profundo. La histología del QCM no es específica, por ello se debe realizar un diagnóstico diferencial con procesos infecciosos o tumorales. El tratamiento del QA clásico suele ser quirúrgico. En el caso del QCM dada la alta tasa de recidiva tras la cirugía y/o su gran tamaño la cirugía no suele ser útil. No existe un protocolo terapéutico definido, pero se han reportado casos tratados con retinoides orales, 5-Fluorouracilo (tópico o intralesional), metotrexate intralesional o cirugía de Mohs con buena respuesta.

P22. NÓDULOS CUTÁNEOS ABRUTIVOS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN LINFOMA ANAPLÁSICO SISTÉMICO

M. Dañino-García^a, J.J. Pereyra-Rodríguez^a, M. Morillo-Andújar^a, T. Zulueta Dorado^b y J. Conejo-Mir^a

^aUGC Dermatología. ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El linfoma anaplásico de células grandes (LACG) es un linfoma T CD30+ que representa el 2% de los linfomas no Hodgkin. Diferenciar el origen sistémico/cutáneo es un reto diagnóstico (dco) y tiene implicaciones pronósticas.

Caso. Varón de 70 años que consulta por aparición de lesiones cutáneas generalizadas de forma abrupta en el último mes, junto a astenia, pérdida de peso y sudoración nocturna. A la exploración presentaba múltiples nódulos en tronco y miembros así como adenopatías generalizadas. La biopsia de una de las lesiones mostró una proliferación en dermis de células grandes CD45+, CD43+, CD30+, ALK-, Ki 67 > 80% con reordenamiento clonal del TCRgamma. La citometría de flujo reveló un 0,04% de población CD30+. En el PET/TAC se observaron depósitos patológicos a nivel linfático, óseo, piel e hígado. Con el dco de LACG sistémico (LACG-S) ALK- en estadio IVB, se inició tto con CHOPx6 cada 14 días. Al completar el 6º ciclo presentó un empeoramiento cutáneo asociado a pancitopenia por infiltración medular, falleciendo a los 6 meses del dco.

Discusión. Se conocen 4 formas de LACG en función de las características clínicas y moleculares: LACG-S ALK+, LACG-S ALK-, LACG asociado a implantes mamarios y LACG 1º cutáneo (LACG-C). El LACG-S se presenta como otros linfomas agresivos, con adenopatías rápidamente progresivas y síntomas B. Dos tercios se diagnostican en estadios III/IV, estando presente la afectación cutánea en el 10%, en forma de nódulos diseminados. El 80% presentan translocaciones cromosómicas en ALK, presentando mejor pronóstico y apareciendo en pacientes más jóvenes. La supervivencia a 5 años para los ALK-varía entre el 15-45% y 71-100% en los ALK+. Por otra parte, el LACG-C cursa con nódulos únicos o localizados en una zona, siendo la presentación multifocal y extracutánea muy poco frecuente. Para su dco es necesario excluir la presencia de afectación sistémica al inicio, ya que la clínica e histología es similar al LACG-S con afectación cutánea siendo la mayoría ALK-. La supervivencia a 10 años es > 90%.

Conclusiones. El LACG-S ALK-puede presentar mtx cutáneas al dco, siendo estas indistinguibles clínica e histológicamente de las del LACG-C. Dada la diferencia significativa en el pronóstico, son necesarios estudios de extensión en pacientes con lesiones cutáneas e histología de LACG. El caso presentado es un LACG-S ALK-con afectación cutánea generalizada, habiéndose descrito pocos casos con esta manifestación.

P23. ARTERIA DE CALIBRE PERSISTENTE DEL ÁNGULO BUCAL. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN SU DIAGNÓSTICO

A. Pérez Plaza^a, J.L. Díaz Recuero^a, A.A. Daconceicao^b y D. Mendoza Cembranos^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestras consultas por aparición de una lesión nodular en región peribucal izquierda de 1 año de evolución, con aumento de tamaño progresivo. En la exploración física se constata una lesión nodular blanda que se colapsa con la palpación. Con el diagnóstico de sospecha de hidrocistoma apocrino, lesión vascular, o mucocelo subyacente, se realiza una ecografía cutánea con una sonda de 22 mHz, y se observa una imagen canalicular anecoica subepidérmica doppler positiva, que conecta con una estructura vascular profunda. Con el diagnóstico de sospecha de probable malformación venosa, se realiza una exploración y biopsia quirúrgica, con sangrado abundante pulsátil. En el estudio anatomopatológico, se observan secciones de un vaso arterial de mediano calibre (hasta 1,5 mm de diámetro), sin atipia ni cambios inflamatorios, con conservación de las fibras elásticas tras estudio histoquímico (orceína). Datos indicativos de arteria de calibre persistente (ACP). Se solicita angio-RM en donde se objetivan cambios de señal que afectan a región dérmica y tejido celular subcutáneo, sin captación de contraste, posiblemente en relación con biopsia previa. Actualmente la paciente se encuentra asintomática. Como conclusión, la ACP es una patología infradiagnostificada que ocurre con más frecuencia en el labio, y se puede confundir con malformaciones vasculares. Por tanto, la ecografía cutánea es una prueba diagnóstica fundamental, que nos puede evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias dado el alto riesgo de sangrado que presenta esta patología.

P24. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA QUEILITIS ACTÍNICA

P. Martín Carrasco^a, M. Sendín Martín^b, J.J. Domínguez Cruz^{a,b}, J.J. Pereyra Rodríguez^{a,b} y J. Bernabeu Wittel^{a,b}

^aHospital Viamed Santa Ángela de la Cruz. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. La queilitis actínica (QA) es un proceso crónico que afecta generalmente al bermellón del labio inferior. Es considerado una entidad premaligna, análoga a las queratosis actínicas, con un ratio de transformación en carcinoma espinocelular del 16,9%. Existen múltiples tratamientos para la QA no siendo ninguno de ellos definitivo y causando en mayor o menor medida dolor o molestias locales. La terapia fotodinámica (TFD) con luz de día es una alternativa contrastada en el tratamiento de las queratosis actínicas que se ha asociado a tasas de efectividad similares a la TFD convencional ocasionado nulo o mínimo dolor. Mientras que la TFD convencional se ha empleado en un considerable número de ocasiones en QA (15 estudios publicados con respuesta clínica completa media del 60,25% y dolor asociado), solo encontramos dos estudios en los que se ha empleado TFD con luz de día. Nuestro objetivo es

presentar nuestra experiencia y resultados en cuanto a eficacia y seguridad del tratamiento de la QA mediante TFD con luz de día.

Métodos. 6 pacientes con QA fueron recogidos en nuestros centros entre junio y octubre de 2018. Tras curetaje suave, se les colocó un rollo de algodón en mucosa labial interna para exponer el labio inferior y se les aplicó crema de aminolevulinato de metilo y, sin oclusión, se recomendó exposición a la luz del día ambiental durante 2 horas. El resto de la piel se protegió con FPS 50+. Tras las 2 horas se lavó la zona tratada y aplicó FPS 50+ en el labio. Se realizó otra sesión a las 2 semanas y se revisó a los pacientes a los 3 meses. Se evaluó una escala clínica (superficie afecta y respuesta completa/parcial/no respuesta) y escala EVA para el dolor.

Resultados. Cuatro pacientes (67%) mostraron respuesta completa y 2 respuesta parcial con una reducción media de la superficie afectada de un 40%. El resultado medio en la escala de dolor fue 0,5 sobre 10.

Discusión y conclusión. Las tasas de respuesta clínica observadas son similares a las descritas para el tratamiento de la QA con TFD convencional. Además, los pacientes prácticamente no refirieron dolor durante el tratamiento ni morbilidad posterior. Por tanto, consideramos que la TFD con luz de día es una buena alternativa para el tratamiento de la QA, ya que muestra tasas de respuesta óptimas sin dolor asociado y sin necesidad de emplear lámpara de TFD.

P25. CARCINOMA EPIDERMÓIDE SUBUNGUEAL: TRATAMIENTO CON CIRUGÍA DE MOHS

P. González Muñoz, C. Sánchez Herreros, M.A. Pastor Nieto, R. Gil Redondo y E. de Eusebio Murillo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción. Los tumores malignos subungueales son raros, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente. La variedad de manifestaciones clínicas, que se asemejan a otros procesos benignos más comunes y su lento crecimiento, a menudo conducen a un retraso en el diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 91 años con antecedentes de síndrome proliferativo crónico en tratamiento con hidrea. Consultó por una alteración en la uña del primer dedo de la mano izquierda de años de evolución, sin mejoría tras tratamiento antifúngico pautado por su médico. En la exploración se observaba una onicodistrofia con destrucción de la lámina ungueal, que dejaba visible un lesión tumoral hiperqueratósica en el lecho junto con perionixis. El examen histológico reveló la existencia de un carcinoma moderadamente diferenciado que afectaba tanto al lecho como a la matriz ungueal. Tras estudio radiológico (TAC) que descartó afectación ósea, se llevo a cabo la extirpación completa de la lesión mediante tres estadios de cirugía de Mohs, incluyendo el defecto final todo el aparato ungueal. Se realizó reconstrucción del defecto quirúrgico mediante injerto de piel total de la cara interna del brazo ipsilateral, obteniendo buenos resultados cosméticos y funcionales. Durante el periodo de seguimiento no se han observado recurrencias.

Discusión. Las opciones de tratamiento dependen de la extensión de la enfermedad e incluyen una escisión local amplia, cirugía de Mohs y amputación digital. La cirugía de Mohs es para muchos autores el tratamiento de elección en los casos sin invasión ósea ya que permite el control histológico de todos los márgenes ahorrando la extirpación de tejido sano y la evaluación de la invasión del perioftalmio, reduciendo el número de amputaciones innecesarias lo que aumenta la calidad de vida del paciente. Sin embargo hay que tener en cuenta que debido a las peculiaridades anatómicas de esta región tanto la técnica quirúrgica como la interpretación histológica son más complejas, con mayores tasas de recurrencias que en otras localizaciones.

P26. EMPLEO DEL COLGAJO EN RELOJ DE ARENA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN MEJILLA

T. Montero Vilchez, A. Martínez López, A. Rodríguez Tejero, L. Salvador Rodríguez y A. Molina Leyva

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

Antecedentes y objetivo. El colgajo en reloj de arena es un doble colgajo de avance que ha sido propuesto como una alternativa para la reconstrucción de defectos amplios en la mejilla. Este colgajo se ha empleado sobre todo para la reparación de la sindactilia de manos y pies.

Métodos. Presentamos el caso de un paciente de 59 años que acudió a la consulta de dermatología por presencia de una mancha hiperpigmentada de 2 cm de eje mayor y de varios años de evolución localizada en la mejilla izquierda. Se realizó una biopsia escisional de la lesión con márgenes de 3 mm, confirmándose el diagnóstico de léntigo maligno. Se programó la ampliación de márgenes hasta 5 mm, diseñando un doble colgajo de avance con forma de reloj de arena que incluía toda la cicatriz, con ambas bases del reloj perpendiculares a la línea de la cicatriz a 2 mm del extremo distal y proximal, quedando el centro del reloj a la misma distancia de ambos extremos y a 3 mm de la cicatriz. Para movilizar el colgajo se levantó la aleta de avance y se diseccionó el tejido celular subcutáneo, identificando los haces del nervio facial y el conducto de Stenon para no comprometerlos en la disección. El colgajo avanzó de forma que el vértice central del reloj se unió al vértice contralateral de una de las bases.

Resultados. El estudio histológico confirmó la ausencia de proceso tumoral en la pieza de ampliación. Además se obtuvo un buen resultado estético a los 3 meses de seguimiento con escasa distorsión de estructuras anatómicas vecinas y evitando la aparición de una gran cicatriz que quedaba parcialmente oculta en el surco nasolabial.

Conclusiones. La finalidad de la cirugía oncológica en dermatología es la extirpación de las lesiones con los márgenes de seguridad adecuados, intentando alcanzar el mejor resultado estético posible. El colgajo en reloj de arena fue diseñado en forma de "L" para facilitar el avance, el despegamiento del colgajo y el reordenamiento de la piel en la zona. Esta opción reconstructiva podría considerarse una buena técnica para la reparación de defectos quirúrgicos amplios de la mejilla que no pueden cerrarse de forma directa, ya que produce mínimas alteraciones estéticas con ausencia de compromiso funcional de la zona afecta.

P27. TUMOR DE WARTHIN RETROAURICULAR

C. Pérez Ruiz^a, M. Morillo Andújar^a, R. Ávila Polo^b, M. Dañino García^a y J. Conejo-Mir^a

^aUGC Dermatología. ^bUGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Mujer de 68 años, fumadora y sin otros antecedentes personales de interés, que consulta por lesión en zona retroauricular derecha de 8 meses de evolución, asintomática. No asociaba lesiones a otro nivel ni manifestaciones extracutáneas. A la exploración presentaba una lesión nodular, subcutánea y móvil, de 1 x 1,5 cm, con superficie de color piel y leve depresión en zona central, con mínimo eritema perilesional. No se palpaban adenopatías ni organomegalias. Entre los diagnósticos iniciales que nos planteamos se encontraban el quiste epidérmico vs. adenopatía retroauricular. Realizamos extirpación de la lesión y el estudio histológico se informó como una proliferación quística sobre un estroma linfoide, compatible tumor de Warthin. Ante estos hallazgos derivamos para valoración por el servicio de Cirugía Maxilofacial, desde donde se realizó una exploración exhaustiva y se

solicitó una tomografía axial computarizada para descartar otros focos tumorales, ya que este tumor tiene tendencia a la bilateralidad y multicentricidad, siendo todos los estudios rigurosamente normales. Se realizó parotidectomía superficial para la exéresis completa del tumor y desde entonces permanece en revisiones y sin recidivas hasta el momento. El tumor de Warthin, también denominado cistadenoma papilar linfomatoso, es el segundo tumor parotídeo benigno más frecuente tras el adenoma pleomorfo. Suele aparecer en varones en la quinta década de la vida, y se relaciona con el hábito tabáquico. La manifestación clínica principal es la de una masa laterocervical de crecimiento lento, raramente dolorosa, siendo su localización más frecuente en el polo inferior de la glándula parótida. Recidiva en el 2-6% de los casos, y el riesgo de malignización es del 1%, y cuando se presenta, puede derivar tanto del componente epitelial como del linfático. Presentamos un caso de tumor de Warthin que nos parece interesante por rara forma de presentación, dando lugar a una masa retroauricular, localización que ha sido descrita escasamente en la literatura.

P28. TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL: EXPERIENCIA EN 10 PACIENTES CON CARCINOMA BASOCELULAR

H. Perandones González, L.M. Valladares Narganes, C. Olmos Nieva, P. Fernández Cangas y M.Á. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción. La terapia fotodinámica convencional posee una serie de limitaciones que restringen su potencial. Su uso depende de la presencia de fotosensibilizante, luz y oxígeno. La penetrancia tópica del fotosensibilizante es de 1 mm y de la luz de 1-2 mm con 410 nm y 5-10 mm con 630 nm, aunque debido a la dispersión de la luz en los tejidos la efectividad terapéutica de esta última se calcula en 1-3 mm en profundidad. La terapia fotodinámica intralesional es una técnica mínimamente invasiva y selectiva de reciente descripción (2012), que suple las desventajas mencionadas anteriormente. La combinación de 5-ALA con luz láser intralesionales de 630 nm (penetración 2,4 cm en el tejido y eficacia terapéutica de 1 cm), permite tratar lesiones en profundidad, de manera selectiva. Es una técnica dolorosa por lo que requiere el uso de anestesia local. Presentamos diez pacientes con carcinomas basocelulares, que rechazan la opción quirúrgica y son tratados con terapia fotodinámica intralesional.

Método. Se han seleccionado pacientes con carcinomas basocelulares mayores de 1 cm, que por diferentes motivos no se han podido tratar quirúrgicamente (rechazo cirugía, alto riesgo quirúrgico, etc.). En los diez pacientes se realizó un diagnóstico clínico e histológico con biopsia de carcinoma basocelular. Se decide como plan terapéutico terapia fotodinámica intralesional con consentimiento informado. Se limita la zona con márgenes de 4 mm. Se anestesia localmente la zona y posteriormente se inyecta 5 ácido aminolevulinico al 1%, se incuba durante 90 min. A continuación, se irradia con una luz láser intralesional 630 nm Multidiode™ 630 PDT de IN-TERmedic por un tiempo de 2 minutos por cm². Se toman biopsias de control a los 3 meses del tratamiento.

Resultados. En todos los pacientes se alcanzó curación histológica en la biopsia de control a los 3 meses. A todos los pacientes se les siguió a los 6 meses y no presentaron recidivas. Presentamos los resultados del tratamiento con fotos preoperatorias y postoperatorias a partir del mes.

Conclusiones. En el carcinoma basocelular el tratamiento de elección es quirúrgico lo que permite una confirmación histológica. La terapia fotodinámica intralesional es en nuestra experiencia una buena alternativa terapéutica para el tratamiento de carcinomas basocelulares de cualquier tamaño.

P29. CRONIFICANDO TERAPIAS EN QUERATOSIS ACTÍNICAS. DE UNA OBSERVACIÓN A UNA REALIDAD

L.M. Valladares Narganes, P. Fernández Canga, J. Castiñeiras González, C.C. Olmos Nieva, H. Perandones González y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Antecedentes y objetivos. Las queratosis actínicas y el campo de cancerización son un problema crónico y recurrente cada más frecuente en nuestros pacientes, por lo que requieren tratamientos crónicos.

Métodos. Mostrar a través de dos casos clínicos complejos, en práctica clínica habitual, qué beneficios podemos obtener del uso prolongado y mantenido de terapias tópicas para queratosis actínicas y campo de cancerización en cuanto a eficacia y número de lesiones, adherencia, tolerancia y costes.

Resultados. Presentamos los resultados en dos pacientes que utilizaron de forma crónica diclofenaco sódico al 3% gel en ácido hialurónico tras realizar una terapia de choque con terapia fotodinámica luz de día en región facial durante 12 y 24 meses respectivamente. Además de conseguir una alta tasa de resolución de lesiones, se consiguió una disminución drástica de nuevas lesiones, excelente tolerancia y adherencia al tratamiento y la no necesidad de tratamientos quirúrgicos durante el seguimiento (reducción de costes indirectos).

Conclusiones. La instauración de una terapia de mantenimiento para queratosis actínicas permite mantener la remisión de las lesiones durante un periodo de tiempo mayor y representa una alternativa óptima y bien tolerada para pacientes complejos. Diclofenaco tópico por perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad podría ser un buen candidato para este tipo de terapias según nuestra experiencia clínica. Se requieren estudios más a largo plazo y ensayos clínicos para determinar la eficacia real, la seguridad y los beneficios en cuanto a coste-eficacia que pueden proporcionarnos este tipo de terapias.

P30. COLGAJO DE LIMBERG COMO SOLUCIÓN QUIRÚRGICA PARA TUMORES DE GRAN TAMAÑO

T. Ródenas Herranz, F.J. Navarro Triviño, L. Linares González, C. Cuenca Barrales y R. Ruiz Villaverde

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

Introducción. El colgajo romboidal de Limberg es un colgajo pediculado descrito por este autor en 1946, siendo uno de los colgajos más conocidos y usados en cirugía reconstructiva hoy en día. Este colgajo se basa en los principios de rotación y transposición de tejidos y ha demostrado ser útil para la reparación de defectos de nariz, mejilla, párpados, así como para la enfermedad pilonidal sacrococcígea. Este diseño requiere la exéresis de la lesión adoptando una forma romboidal con ángulos de 60° y lados paralelos. El eje menor del colgajo lo constituye la prolongación del eje menor del rombo con una longitud igual al mismo. Se completa el diseño con una línea en retroceso a 60°, de longitud similar a uno de los lados del defecto. En extirpaciones de gran tamaño es esencial que el principal vector de la tensión sea paralelo a cualquiera de los márgenes cercanos, de este modo se evita distorsión en la zona que pueda ocasionar asimetría antiestética, sobre todo en áreas como ala nasal, párpado o comisura bucal. Presentamos dos casos en los que se empleó el colgajo romboidal de Limberg para el cierre de defectos quirúrgicos de gran tamaño tras la extirpación de la lesión tumoral.

Caso 1. Mujer de 90 años diagnosticada de carcinoma espinocelular sobre queratosis seborreica de 3 × 3 cm en mejilla izquierda. Se realizó extirpación quirúrgica completa con márgenes de segu-

ridad. El defecto quirúrgico se reconstruyó mediante colgajo de Limberg sin complicaciones en el postoperatorio inmediato ni tardío.

Caso 2. Varón de 80 años con diagnóstico de carcinoma basocelular nodular retroauricular derecho de 3,5 × 3 cm. Se realizó extirpación quirúrgica completa con márgenes de seguridad. La resolución del defecto quirúrgico se hizo mediante colgajo de Limberg sin complicaciones asociadas.

Conclusión. El colgajo de Limberg es una opción reconstructiva que permite solucionar defectos quirúrgicos en diferentes situaciones, con recuperación del paciente satisfactoria y resultado estético final bien aceptado tanto por el paciente como por el dermatólogo. Aunque clásicamente ha demostrado su éxito para lesiones de pequeño y mediano tamaño, con este trabajo presentamos su utilidad para la reconstrucción de tumores mayores de 3 cm en localizaciones anatómicas que permitan la rotación/transposición de piel, con una alteración anatómica mínima y un buen resultado estético.

P31. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA EN TUMORES DE EXTREMIDADES INFERIORES DE MEDIANO Y GRAN TAMAÑO

I. Tormo Alfaro, M. González de Arriba, J.C. Santos Durán, M. Yuste Chaves y C. Román Curto

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

Introducción. La reconstrucción de defectos quirúrgicos tras extirpación de tumores cutáneos en extremidades inferiores es, con frecuencia, dificultosa dada la escasa flexibilidad de la piel de esta localización. Además de los injertos, son diversos los colgajos que se pueden realizar, por transposición, de pedículo subcutáneo, por rotación, multilobulado, de Keystone, de avance bilateral etc. Presentamos a continuación algunos ejemplos en la reconstrucción de defectos de mediano y gran tamaño en extremidades inferiores mediante el uso de colgajos evitando así el injerto.

Métodos. Se eligieron varios pacientes con defectos quirúrgicos de mediano y gran tamaño en extremidades inferiores tras extirpación de tumores cutáneos sobre los que se realizaron diferentes colgajos para su reconstrucción.

Resultados. Se reconstruyeron los defectos de extremidades inferiores mediante colgajo multilobulado, colgajo de Keystone bilateral, colgajo de avance bilateral de doble pedículo y doble triángulo de Burow. En todos los casos se consiguió la reconstrucción total del defecto tras la extirpación completa del tumor. Los pacientes no presentaron complicaciones en el postoperatorio y el resultado estético fue aceptable en todos los casos.

Conclusiones. Cuando el cierre directo no es posible, la reconstrucción de defectos quirúrgicos en extremidades inferiores supone un desafío debido a que la piel de esa localización es poco distensible y difícil de movilizar. En muchas ocasiones en esta localización se recurre a los injertos de piel, no obstante, además del peor resultado estético, los pacientes, con frecuencia, padecen trastornos que comprometen la vascularización de la zona, como la diabetes o la insuficiencia venosa crónica. Ello lleva a que los injertos puedan necrosarse, obligando en ocasiones a la cicatrización por segunda intención y aumentando el tiempo de curación y el riesgo de infección local. También por este motivo es importante la disección profunda del colgajo en el plano suprafascial para tratar de asegurar la vascularización. Destacar también la necesidad de una relación 1/1 o 2/1 de longitud/anchura en los colgajos de esta localización. En resumen, presentamos una serie de colgajos variados para reconstruir defectos quirúrgicos de mediano y gran tamaño en extremidades inferiores tras extirpación de tumores, con mejor resultado estético que el injerto.

P32 ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN EL DORSO NASAL

C. Silvente San Nicasio, N. Cano Martínez, D. Velázquez Tarjuelo, E. Conde Montero y P. de la Cueva Dobao

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

Introducción. El cáncer de piel no melanoma asienta con frecuencia en la nariz y su reconstrucción tras su extirpación completa constituye un reto para el cirujano dermatólogo. La reconstrucción de defectos en el dorso nasal buscará como principal objetivo estético mantener la simetría respetando las líneas de tensión y escondiendo en lo posible las cicatrices creadas.

Casos clínicos. Presentamos varios casos quirúrgicos de reconstrucción de defectos creados tras extirpación de carcinomas basocelulares o epidermoides en el dorso nasal. Según el tamaño los cierres se realizan mediante sutura directa, colgajos con diferentes diseños o injertos.

Conclusión. Es importante conocer las alternativas para la reparación de los defectos nasales con el fin de conseguir un resultado satisfactorio para nosotros y el paciente. La nariz es una estructura poco distensible pero está rodeada de tejidos que constituyen reservorios excelentes para los colgajos. Además es una estructura muy vascularizada que permite la supervivencia de injertos de piel total.

P33. LA EXPRESIÓN DE CORTACTINA NO SE CORRELACIONA CON METÁSTASIS GANGLIONALES EN CARCINOMAS ESCAMOSOS CUTÁNEOS DE CABEZA Y CUELLO

P. Munguía Calzada^a, M. Mir Bonafé^a, J. Aubán Pariente^a, F. Vázquez López^{a,b} y J. Santos Juanes^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. ^bFacultad de Medicina. Universidad de Oviedo. España.

La quinasa de adhesión focal (FAK) y la cortactina son dos proteínas cuya sobreexpresión ha sido detectada en numerosos cánceres y se ha asociado con mal pronóstico. El objetivo del estudio es investigar la relación que existe entre la expresión de FAK y cortactina con las características clinicopatológicas de los pacientes y con el impacto que tienen sobre el pronóstico en los pacientes con carcinomas cutáneos escamosos. La expresión de FAK y cortactina se analizó mediante inmunohistoquímica en muestras embebidas en parafina procedentes de 100 pacientes con carcinomas cutáneos de células escamosas y se correlacionó con los datos clínicos. Se seleccionaron 50 casos de carcinomas cutáneos escamosos de cabeza y cuello con metástasis ganglionares entre 1998 y 2008 y además se incluyeron de manera aleatoria 50 pacientes que no desarrollaron ningún tipo de metástasis en un seguimiento de 4 años durante ese periodo. Se obtuvieron los siguientes resultados: la sobreexpresión de FAK fue un factor de riesgo significativo para el desarrollo de metástasis ganglionares con un ratio crudo y ajustado de 2,04, IC95% (1,08-3,86), ($p = 0,029$) y 2,23, IC95% (1,01-4,91), ($p = 0,047$), respectivamente. La expresión de cortactina no fue un factor de riesgo significativo para el desarrollo de metástasis ganglionares. Una limitación de este estudio es su carácter retrospectivo restringido a carcinomas escamosos cutáneos de cabeza y cuello. Como conclusión, estos hallazgos demuestran que la sobreexpresión de FAK es un factor pronóstico independiente para el desarrollo de metástasis ganglionares que podría ser útil para la estratificación del riesgo y manejo de pacientes con carcinomas escamosos cutáneos de cabeza y cuello.

P34. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA QUIMIOTERAPIA Y PIEL

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

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

Introducción. Tanto los fármacos quimioterápicos clásicos como la quimioterapia dirigida pueden producir toxicidad cutánea. Presentamos cinco casos de lesiones cutáneas secundarias al uso de quimioterápicos.

Caso clínico 1. Mujer de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón en tratamiento con erlotinib, que consulta por granuloma piógeno periungueal. Se instaura tratamiento con clobetasol crema, con desaparición completa de la lesión dos semanas después.

Caso clínico 2. Varón de 52 años con carcinoma epidermoide infiltrante en paladar blando en tratamiento con cetuximab y radioterapia, que consulta por erupción pápulo-pustular de diez días de evolución. Se toma cultivo de pústulas, detectándose *S. aureus* sensible a tetraciclinas y se inicia tratamiento con doxiciclina y fucibet, con buena respuesta a los mismos.

Caso clínico 3. Varón de 44 años con melanoma con metástasis cutáneas y ganglionares múltiples, en tratamiento con varias líneas terapéuticas, que finalmente inicia dabrafenib y trametinib, debutando posteriormente con folliculitis a nivel dorsal, no pudiéndose administrar retinoides por la elevación de transaminasas que ya presentaba de base.

Caso clínico 4. Mujer de 70 años con carcinoma ductal infiltrante en mama izquierda, que recibió tratamiento neoadyuvante previo a la cirugía con docetaxel, carboplatino y trastuzumab. Consulta por lesiones en varias uñas de las manos tras finalizar el tratamiento, que consisten en líneas de Beau, hemorragias subungueales y onicolisis, sugestivos de toxicidad por taxanos. Las lesiones desaparecieron espontáneamente al finalizar el tratamiento.

Caso clínico 5. Mujer de 55 años en tratamiento con capecitabina por carcinoma colorrectal, que sufre lesiones eritematosas simétricas con descamación, así como disestesia a nivel de palmas y plantas. Se trata de un cuadro compatible con eritrodismestesia palmo-plantar.

Discusión. La toxicidad cutánea por quimioterápicos es bastante incapacitante tanto física como emocionalmente, al ser visible por el propio paciente; pudiendo llegar a ser un motivo de reducción de dosis o incluso de suspensión del fármaco. Por tanto, es necesario prever y advertir a los pacientes a priori sobre los posibles efectos secundarios cutáneos de estos fármacos. Asimismo, también es necesario un adecuado enfoque diagnóstico-terapéutico por parte del dermatólogo.

P35. TERAPIA FOTODINÁMICA EN MICOSIS FUNGOIDE ESTADIO IA: 2 CASOS CON RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA

S. Guillen Climent^a, E. Silva Díaz^a, E. Montesinos Villaescusa^a, C. Monteagudo Castro^b y M.D. Ramón Quiles^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. La micosis fungoide (MF) es el linfoma cutáneo T más frecuente. Los estadios tempranos presentan buen pronóstico por lo que son subsidiarios de tratamiento tópico o local. Se analizan y exponen los resultados de dos casos de MF estadio IA con respuesta clínica completa tras terapia fotodinámica (TFD).

Métodos. Se realiza una revisión bibliográfica del tratamiento de la MF con TFD y se procede a un análisis retrospectivo y prospectivo de dos casos de MF estadio IA tratados con TFD.

Resultados. El primer paciente presentaba una placa eritemato-descamativa, de morfología arciforme, en la región interna del muslo izquierdo. El segundo paciente, presentaba una placa eritematomarrónacea en el costado izquierdo. Se realizaron pruebas complementarias y se diagnosticaron de MF en estadio inicial. Ambos pacientes recibieron tratamiento tópico previo y fototerapia, con respuesta terapéutica parcial. Se iniciaron sesiones mensuales de TFD convencional. En ambos casos se obtuvo una respuesta completa tras dos sesiones de TFD. Durante el segui-

miento, persistió una hiperpigmentación postinflamatoria sin aparición de nuevas lesiones. Las indicaciones aprobadas de la TFD son el carcinoma basocelular, las queratosis actínicas y la enfermedad de Bowen. En 1994 Svanberg et al. publicaron buenos resultados con TFD en MF en estadio inicial. Posteriormente, Boehncke demostró la captación del fotosensibilizante en las lesiones de MF durante la TFD con la consecuente inhibición de los linfocitos T malignos. Desde entonces, se han descrito series de casos que demuestran la eficacia de la TFD en MF estadio IA-B. No obstante, no existe un protocolo de aplicación debido a la ausencia de ensayos clínicos, requiriendo seguimiento clínico obligatorio.

Conclusiones. Presentamos dos casos de MF estadio IA con respuesta parcial a tratamiento tópico y fototerapia, y con respuesta completa a TFD. La TFD es una opción terapéutica efectiva y bien tolerada en MF en estadios tempranos recidivada o refractaria a otros tratamientos. A pesar de la simplicidad de la técnica, no existe un protocolo de tratamiento establecido. Por tanto, son necesarios ensayos clínicos que validen las bases, indicaciones y protocolo de aplicación.

P36. ANSIEDAD PREOPERATORIA EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA BAJO ANESTESIA LOCAL

J. A. Lebrón Martín, R. Corbi Llopis, M. Dañino García, N. Parra Manrique y J. Conejo-Mir

UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Aunque enfermeras o anestesiastas han realizado varios estudios sobre la ansiedad asociada a la cirugía general, poco se sabe acerca de la ansiedad preoperatoria relacionada con la cirugía dermatológica y sus factores predictivos. Los objetivos fueron evaluar el nivel de ansiedad entre los pacientes sometidos a cirugía dermatológica electiva, determinar qué factores se asocian con la ansiedad y la intensidad de requerimiento de información, y finalmente, investigar la correlación entre altos niveles de ansiedad y un alto requerimiento de información o un alto nivel de dolor.

Material y métodos. Los pacientes fueron reclutados entre octubre de 2017 hasta febrero de 2018. Antes de la cirugía, la ansiedad se evaluó mediante la Escala de Información de Ansiedad Preoperatoria de Amsterdam (APAIS) y el dolor postoperatorio a través de la escala analógica visual (VAS). Otras variables analizadas fueron edad, sexo, estado educativo, situación laboral y cirugía menor y mayor previa. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete informático SPSS 20.0. Una $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados. Se analizaron 118 pacientes (60 mujeres y 58 hombres). La edad media fue de 60,08 años. En cuanto a la situación laboral, casi la mitad de los pacientes (44,1%) eran jubilados. El 44,9% de los pacientes había sufrido ansiedad o depresión. Solo 3 pacientes (2,4%) tenían un nivel de ansiedad alto y 20 pacientes expresaron un requerimiento de información de alto nivel (16,9%). En la escala analógica visual solo el 11% de los pacientes presentaba 4 o más puntos. El requerimiento de información se asoció con ser mayor de 40 años de edad ($p = 0,047$), haber recibido anestesia general ($p = 0,017$) anteriormente y diagnóstico previo de ansiedad ($p = 0,025$) o depresión ($p = 0,025$).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes analizados presentaron niveles bajos de ansiedad preoperatoria antes de la anestesia local y dolor bajo después de los procedimientos quirúrgicos dermatológicos. Por esta razón, los análisis estadísticos no mostraron una asociación significativa entre las variables seleccionadas y peores niveles de ansiedad o mayor dolor. Se necesitan análisis adicionales que incluyan muestras más amplias o diferentes escalas de dolor o ansiedad.

P37. QUIRÓFANO MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGÍA-OFTALMOLOGÍA: NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGÍA PALPEBRAL

J. Magdaleno-Tapiá^a, C. Valenzuela-Oñate^a, M. Giacaman-von der Weth^a, L. Olcina-Portilla^b y J.L. Sánchez-Carazo^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. España.

Antecedentes y objetivos. Las intervenciones quirúrgicas en las que intervienen varios profesionales de distintas especialidades son frecuentes en las cirugías mayores, pero no así en las intervenciones realizadas por los dermatólogos. En nuestro servicio hemos implementado en los últimos años las intervenciones de patología periocular en conjunto con los oftalmólogos, con el fin de conseguir mejores resultados quirúrgicos y estéticos. Nuestro objetivo es recoger todas estas cirugías y analizar el método quirúrgico empleado y los resultados.

Métodos. Se han recogido todos los pacientes intervenidos junto con oftalmología desde marzo 2017 a octubre 2018. Los datos clínico-epidemiológicos se han recogido de forma retrospectiva a través de la historia clínica. Las fotos se han recogido a través del programa informático de fotos del servicio.

Resultados. Se han intervenido un total de 18 pacientes, siendo 12 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 82,63 años. El tumor más frecuentemente intervenido fue el carcinoma basocelular en 16 pacientes. Otros 2 pacientes fueron intervenidos de carcinoma epidermoide y de fibroxantoma atípico. La localización más frecuente fue el canto interno del ojo en 10 pacientes, seguido del párpado inferior en 8 pacientes. Todos los pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular fueron intervenidos mediante cirugía de Mohs. En 0 pacientes el primer nivel fue negativo, requiriendo de la realización de un segundo nivel en 12 pacientes y de un tercer nivel en 3 pacientes. Para el cierre del defecto fue necesaria la realización de colgajos en todos los pacientes. El colgajo más empleado para los defectos del canto interno del ojo fue el de trasposición, mientras que el colgajo de Tenzel fue el más empleado para cerrar defectos del párpado inferior. Otros colgajos empleados fueron el pangeniano, el glabellar, el colgajo en isla o el colgajo de Hughes. Dos de los pacientes requirieron ingreso hospitalario debido a hemorragia postoperatoria. La satisfacción de los pacientes ante el resultado estético fue muy alta.

Conclusiones. El manejo multidisciplinar tanto para patologías médicas como quirúrgicas es lo que recomiendan la mayoría de expertos. La intervención de patología periocular junto con los compañeros oftalmólogos puede ser útil para mejores resultados quirúrgicos y estéticos.

P38. ÚLCERA AXILAR EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA

N. Izquierdo Hercé, D. Ramos Rodríguez, J. Boix Vilanova, O. Corral Magaña y L.J. del Pozo Hernando

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

Introducción. Los linfomas no-Hodking (LNH) se pueden clasificar según su afectación nodal o extranodal. La afectación cutánea, que es la segunda más frecuente extranodal tras la gastrointestinal, se puede dividir en linfoma primarios cutáneos, metástasis cutánea de linfoma/leucemia y, de forma infrecuente, infiltración cutánea por contigüidad.

Caso clínico. Mujer de 65 años fumadora con antecedentes de enfermedad de Crohn (EC) e inmunodeficiencia común variable ingresada para estudio de úlcera axilar de 6 × 5 cm, adherida a planos profundos con abundantes esfacelos verdosos. La paciente refería que había comenzado hacía 4 meses como un nódulo subcutáneo de crecimiento progresivo. Fue estudiado por PAAF, en 3 ocasiones,

descartándose malignidad. Se realizó una biopsia con resultado de LNH-B difuso de células grandes nodal con ruptura capsular e invasión cutánea. El estudio de extensión fue negativo. Se comenzó quimioterapia con R-CHOP, pero la paciente desarrolló una sepsis de origen cutáneo por la persistencia de la adenopatía neoplásica ulcerada y sobreinfectada por *P. areuginosa* (PA) multirresistente. Se valoró entonces tratamiento quirúrgico mediante un colgajo musculocutáneo para cubrir el defecto axilar. La paciente falleció dos meses tras la intervención en contexto de una infección respiratoria.

Discusión. Presentamos una paciente inmunosuprimida que desarrolló un LNH-B ganglionar axilar que diseminó por contigüidad a piel. Aunque no es habitual, fue necesario tratamiento quirúrgico adyuvante tras la quimioterapia, con buen resultado final. El diagnóstico diferencial de una úlcera infiltrada de gran tamaño en una paciente inmunodeprimida y con EC es amplio. Se deben descartar neoplasias primarias o metástasis, patología inflamatoria (pioderma gangrenoso, EC metastásica) así como causas infecciosas. En pacientes con alta sospecha de malignidad debemos recordar la importancia del estudio histológico de las adenopatías incluso con PAAF negativas. La invasión por contigüidad a la piel de un linfoma ganglionar no es frecuente. En el caso de nuestra paciente creemos que tanto las múltiples manipulaciones al realizar las PAAF como un intento de drenaje del nódulo axilar favorecieron la ruptura capsular de la adenopatía, la infiltración cutánea y la sobreinfección por PA.

P39. PAPEL DE LOS FLUORÓFOROS EN MICROSCOPIA CONFOCAL A COLOR DEL CARCINOMA BASOCELULAR: NARANJA DE ACRIDINA Y BROMURO DE ETIDIO

M. Sendín Martín^a, J.J. Domínguez Cruz^a, K. Levitsky^b, A. Bennassar^c y J. Conejo-Mir Sánchez^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^bInstituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). ^cClínica Rotger. Palma de Mallorca. España.

Introducción. La microscopia confocal es una técnica que permite la visualización en tiempo real de estructuras de la piel con una resolución muy cercana a la histología convencional. El uso de fluoróforos ha permitido mejorar la definición de las imágenes obtenidas, lo que se conoce como microscopia confocal de fluorescencia (MCF). Se han usado múltiples tinciones como el azul de metileno o de toluidina; sin embargo, el naranja de acridina (NA) es el más usado. Hasta el momento, las imágenes descritas en la literatura de carcinomas basocelulares (CB) estudiados mediante MCF con naranja de acridina eran en escala de grises. No se ha descrito el papel del bromuro de etidio (BE) en esta técnica.

Métodos. Dos casos de CB estudiados mediante MCF utilizando como tinciones bromuro de etidio 0,25 mM y naranja de acridina 0,1 mM. Las imágenes se estimularon mediante láser con dos longitudes de onda (405 nm y 488 nm) con el microscopio confocal Nikon A1R+. Estas mismas muestras se estudiaron con microscopia óptica tradicional con hematoxilina-eosina.

Discusión. La MCF con NA se ha aplicado para el estudio CB ex vivo, con un excelente contraste entre estructuras y gran correlación histopatológica. El NA se une al ADN y al ARN, y actúa como fluoróforo: al ser estimulado por láser a 488 nm permite que los núcleos de células vivas se muestren brillantes. Sin embargo, en las imágenes descritas hasta el momento, la fluorescencia emitida por NA era traducida a escala de grises. No se había descrito el uso de bromuro de etidio para el estudio de CB con MCF. El NA es responsable de la fluorescencia verde. Por su parte, el BE se une con gran afinidad al ADN de células muertas y destaca las células tumorales en rojo-anaranjado. El azul procede de la autofluorescencia de los tejidos. El resultado final tras la mezcla de NA y BE son imágenes a escala de 3 colores, superiores a las imágenes en escala de grises y más

sencillas de interpretar para dermatólogos y patólogos no familiarizados con MCF.

Conclusión. Se presentan dos CB estudiados mediante MCF ex vivo con NA y BE. El análisis de ambos fluoróforos muestra que cada uno destaca de un color diferente las estructuras de la piel, lo que facilita la discriminación de estructuras en la imagen. Son necesarios más estudios que evalúen esta técnica en el diagnóstico del CB.

P40. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO QUIRÚRGICO EN ALA NASAL MEDIANTE COMBINACIÓN DE INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR Y COLGAJO NASOGENIANO TIPO SHARK

L. Linares-González, F.J. Navarro-Triviño, T. Ródenas-Herranz, J.J. Vega-Castillo y R. Ruiz-Villaverde

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

En ocasiones, la cirugía dermatológica ha de afrontar auténticos retos en lo que a la reconstrucción de un defecto quirúrgico se refiere. El área nasal, región donde con frecuencia asienta patología oncológica, constituye uno de los ejemplos más destacados, puesto que incluye muchas unidades cosméticas, cuya alteración es fácilmente visible y puede comprometer el esfuerzo reconstructivo. Existen múltiples opciones que el cirujano puede usar en estos casos. Entre ellas, se encuentra el colgajo “en tiburón o shark”, que fue descrito por primera vez en el año 2006 por Cvacara y Wentzell. Se trata de un colgajo miocutáneo en isla, cuya vascularización deriva del músculo elevador del labio superior y requiere una cuidadosa disección para preservar el pedículo vascular. Su ejecución se basa en una elevación, giro y avance, no requiriendo injerto de cartílago simultáneo en aquellos casos en que nos enfrentemos a pequeños defectos. Este tipo de colgajo está indicado en la reconstrucción del área alar y perialar. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con una tumoración en ala nasal izquierda de años de evolución. La exploración física y dermatoscópica fue compatible con carcinoma basocelular. Se realizó la extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad. El defecto quirúrgico primario se resolvió mediante la combinación del colgajo en aleta de tiburón y la realización de un injerto de cartílago auricular para corregir el defecto cartilaginoso. La evolución fue favorable y el estudio histopatológico confirmó los márgenes libres de tumor, a pesar de la invasión cartilaginosa del carcinoma. El colgajo tipo shark es un colgajo que precisa un único tiempo quirúrgico, basado en una técnica útil y reproducible, que permite la corrección de defectos quirúrgicos del ala nasal reconstruyendo la anatomía original, con buenos resultados estéticos y funcionales. Este tipo de reconstrucciones pueden combinarse con injertos de cartílago auricular cuando el defecto quirúrgico incluya este tejido, mejorando el resultado cosmético final, así como la conservación morfológica natural del área anatómica intervenida.

P41. MODIFICACIÓN DISTAL DEL COLGAJO PARAMEDIOFRONTAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE CANTO INTERNO

C. García Harana, I. Fernández Canedo, N. Blázquez Sánchez, J.F. Millán Cayetano y M. de Troya Martín

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

Las reconstrucciones del canto interno, y en general en la zona periorbitaria, son complejas debido a la anatomía de la zona, siendo difícil en ocasiones conseguir un buen resultado funcional y estético. En los casos en los que no es posible un cierre directo, la reconstrucción se realiza en su mayoría a expensas de piel glabellar si bien en defectos de gran tamaño puede ser insuficiente. Presen-

tamos un caso de reconstrucción de canto interno mediante colgajo paramedifrontal tunelizado. Varón de 93 años, con carcinoma basocelular en canto interno izquierdo, intervenido con cirugía micrográfica de Mohs en dos pases quirúrgicos, con un defecto final de 17 mm abarcando párpados superior e inferior, hasta plano muscular. Se diseñó un colgajo paramedifrontal derecho con una división central en la zona distal para adaptarla a la zona anatómica del defecto. Para realizar la reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico se desepitelizó la zona media del colgajo, tunelizándose y suturándose a la zona del canto interno, adaptando los extremos del colgajo a la zona superior e inferior del canto. El defecto de la zona frontal se suturó mediante cierre directo. El colgajo paramedifrontal es un colgajo de vascularización axial abastecido por la arteria supratroclear y en ocasiones por la arteria supraorbital, lo que permite que un pedículo estrecho pueda soportar un colgajo relativamente largo. En reconstrucciones del canto interno es fundamental respetar la carúncula y mantener así la simetría facial, para lo cual proponemos una modificación distal del colgajo realizando una división del mismo que respeta dicha estructura anatómica. Dado que la piel frontal es más gruesa que la piel del canto interno, para evitar el efecto en "tienda de campaña", es importante realizar un punto de anclaje del colgajo al periestio prioritario. En conclusión, presentamos una modificación del colgajo paramedifrontal tunelizado para la reconstrucción de defectos del canto interno que abarquen ambos párpados, en un solo tiempo quirúrgico.

P42. ESTUDIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL SOBRE EL USO DE RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA (CARCINOMA ESCAMOSO Y CARCINOMA BASOCELULAR): SERIE DE 42 CASOS

A. Casulleras González, M. Yebenes Marsal, J. Romani de Gabriel, P. Garbayo Salmons y C. López Lluell

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. España.

Introducción. La radioterapia dentro del arsenal terapéutico del cáncer cutáneo no melanoma, sin olvidar el papel príncipes de la cirugía, se considera actualmente una opción terapéutica y/o complementaria clave para el control de enfermedad de mal pronóstico.

Objetivos y metodología. Se presenta una serie de 42 pacientes de nuestro servicio diagnosticados de carcinoma escamoso y carcinoma basocelular recogidos a lo largo de 6 años (2010-2016) que recibieron tratamiento con radioterapia estándar de forma electiva o adyuvante. Se analizaron tasas de respuesta, tasas de recidiva y factores pronósticos tanto clínicos como histológicos previos al tratamiento.

Resultados. Se analizaron un total de 27 CE y 15 CBC. Partían de tumor primario 19 CE vs. 8 CBC y de recidiva previa 9 CE vs. 7 CBC con una media de 2,6 y 2,3 cirugías previas respectivamente. La localización anatómica más frecuente para ambos grupos fue la región cabeza-cuello. El tamaño macroscópico medio fue de 2,6 para los CE vs. 3,52 cm de los CBC, con una profundidad de invasión media de 5,5 mm vs. 8,2 mm respectivamente. Se informó de invasión perineural en 16 CE (59,2%) vs. 6 CBC (40%), positiva en los especímenes con mayor invasión y en el 81,2 % (CE) y 50% (CBC) de los localizados en región de cabeza y cuello con relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) e invasión vasculolinfática en 3 CE (11%) vs. 2 CBC (13%). Durante el seguimiento posterior 15 CE (55,5%) y 5 CBC (33%) presentaron recidiva clínica con un tiempo medio de 11,6 meses y 14 meses respectivamente. Partiendo en un 66% de CE vs. 40% CBC de una recidiva previa como tumor de origen. Se consiguió control de la enfermedad en 12 CE (44%) vs. 10 CBC (66%). Se evidenció significación estadística entre la recidiva y la presencia de invasión perineural (OR = 8)($p < 0,01$) y con el subgrupo pobremente diferenciado en el subgrupo de CE, no así para los CBC. Tampoco se halló significación en cuanto a profundidad de

invasión y recidiva, ni tampoco para tamaño macroscópico ni las otras variables estudiadas.

Conclusiones. La radioterapia como tratamiento adyuvante resulta útil para evitar recidiva en un importante número de casos con factores de mal pronóstico asociados. Se constata también el peso de los factores de mal pronóstico (ya descritos en la literatura) para la recidiva de estos tumores.

P43. POROCARCINOMA ECRINO: ¿UN TUMOR INFRECUENTE?

C.C. Olmos Nieva, E. Samaniego González, J. Castiñeiras González, H. Perandones González y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción. El porocarcinoma ecrino (PCE) es una neoplasia maligna originada en la porción ductal de las glándulas sudoríparas ecrinas. Es un tumor raro (0,005-0,01% de todos los tumores cutáneos), sin embargo es el tumor maligno de glándula ecrina más frecuente. Suele afectar a personas mayores de 50 años sin predominio de sexo. Se localiza con mayor frecuencia en extremidades inferiores y cabeza y cuello, y puede adoptar una presentación clínica variada, simulando otros tumores cutáneos. Presentamos una serie de casos de PCE diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 5 años.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo desde el año 2014 hasta la actualidad con el fin de evaluar las características clínicas, histopatológicas y evolución de estos tumores.

Resultados. Se diagnosticaron 11 casos de PCE. La edad media de presentación fue 70,2 años. El 54,5% de los casos fueron mujeres. Las localizaciones más frecuentes fueron las extremidades inferiores (36,36%) y la cabeza (36,36%). El tiempo medio de evolución de la lesión fue de 17,2 meses. La mayoría de los casos se presentaron en forma de placa eritematosa hiperqueratósica, ulcerada o erosionada en ocasiones. Solo en uno de los casos se sospechó el diagnóstico de PCE. El diagnóstico definitivo se estableció por una histología típica y tinciones inmunohistoquímicas compatibles (CEA+, EMA+ y CK AE1/AE3+). Dos pacientes presentaron metástasis al diagnóstico, falleciendo posteriormente. El tratamiento de los pacientes con tumor localizado fue la cirugía convencional salvo en un caso, en el cual se optó por la cirugía de Mohs y biopsia selectiva de ganglio centinela. En todos estos casos no ha habido recidivas hasta el día de hoy.

Discusión. En nuestra serie, las características clínico-histológicas son superponibles a lo descrito en la literatura, excepto la edad media que fue mayor. La histología, además de aportar el diagnóstico de certeza, contiene información pronóstica útil para el manejo del paciente, ya que se trata de un tumor con potencial metastásico. El tratamiento es la cirugía con márgenes adecuados.

Conclusión. A pesar de ser un tumor raro, es posible esperar un aumento en la incidencia del PCE por el envejecimiento de la población. Debido a su potencial metastásico es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoces para mejora el pronóstico de estos pacientes.

P44. TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE MALIGNO EN AXILA

E. Cutillas Marco^a, C. Godoy Alba^b, A.L. Martín Rodríguez^c y C. Brufau Redondo^a

^aServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio de Anatomía Patológica. ^bHospital Universitario Virgen de la Arrixaca. ^cHospital de la Vega Lorenzo Guirao. Murcia. España.

Introducción. El tumor proliferante tricolémico maligno es una neoplasia rara que afecta en más del 90% de los casos al cuero ca-

belludo. Este tumor ha recibido distintas denominaciones a lo largo de la historia, incluyendo “carcinoma espinocelular quístico tricolémico proliferante” o “tumor gigante de la matriz del pelo”, que reflejan las distintas interpretaciones histogenéticas y de comportamiento biológico que se le han ido atribuyendo.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 91 años que consultó por la una tumoración en axila izquierda de cuatro meses de evolución y rápido crecimiento. A la exploración, se observaba una masa de 12 cm de tamaño indurada, adherida a planos profundos. Presentaba una coloración marrón con formaciones de aspecto quístico amarillento en superficie. En el TAC con contraste observamos que la lesión llegaba a parrilla costal, sin destruirla. Extirpamos la tumoración, con buena evolución postoperatoria. En el estudio histológico de la pieza se observaba una formación nodular de nidos de células atípicas de hábito escamoso, mitosis y cavidades quísticas centrales llenas de detritus celulares. La epidermis suprayacente no mostraba signos de displasia, reflejando el crecimiento de dentro a fuera provocando ulceración.

Discusión. El tumor proliferante tricolémico se suele comportar como una lesión benigna, aunque en ocasiones alcanzan gran tamaño. La transformación maligna de este tipo de tumores es infrecuente. El rápido crecimiento de la lesión y la ulceración nos deben hacer sospechar la transformación maligna. La localización del tumor fuera del cuero cabelludo es infrecuente, lo que dificulta el diagnóstico definitivo de la lesión.

P45. LIPOFILLING EN MORFEA LINEAL. PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Franco Muñoz, C. Mendoza Chaparro, M. Rogel Vence, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

Hospital General Universitario de Ciudad Real. España.

Introducción. La morfea o esclerodermia localizada corresponde a uno de los espectros del grupo de trastornos esclerodermiformes. La morfea lineal es el subtipo con curso clínico de peor severidad, debido a la alta tasa de recurrencia (49% si inicia en la infancia) y por la mayor asociación de síntomas extracutáneos.

Caso 1. Mujer de 15 años, diagnosticada de síndrome de Parry-Romberg. Ha realizado tratamiento con diversos inmunosupresores sistémicos, no obstante, ha presentado recurrencias con afectación de tejidos profundos. A pesar del manejo conjunto con psiquiatría, la afectación emocional era severa. Se decide realizar un lipofilling, obteniendo excelentes resultados estéticos y mejoría funcional, mantenidos a los 9 meses de evolución.

Caso 2. Mujer de 28 años, diagnosticada a los 5 años de morfea lineal facial. Realizó tratamiento con metrotexato y corticoides sistémicos, además de 3 lipofilling, sin complicaciones. Actualmente la enfermedad está inactiva, pero por reabsorción de la grasa transferida en procedimientos previos, se realizó un nuevo lipofilling. A los 5 meses de evolución, el resultado estético es muy bueno.

Discusión. Existen diversas guías de tratamiento de la morfea. En niños, ante un subtipo lineal o cualquiera que afecte a tejidos profundos, está demostrado que la asociación de metrotexato y corticoides sistémicos es más beneficiosa que cada fármaco por separado. El tratamiento quirúrgico no está incluido dentro de las líneas de tratamiento y solo era considerado como opción ante cuadros en remisión. Actuales estudios han demostrado que el lipofilling en morfeas lineales, puede realizarse aun cuando la enfermedad esté activa, sin ningún tipo de complicaciones, e incluso pueden ser múltiples sesiones en cortos intervalos de tiempo. Es una técnica con diversas ventajas: fácil y rápida de realizar, mínimamente invasiva, rápido tiempo de recuperación y baja morbilidad del sitio donante. En nuestras pacientes, el resultado estético y la mejoría funcional ha sido muy bueno. Además, el procedimiento no presentó complicaciones en ninguna de ellas. Debido a lo se-

vero que puede ser el curso clínico de las morfeas, sobre todo tipo lineal y facial, con la consecuente repercusión emocional y funcional, creemos importante considerar las diversas técnicas quirúrgicas, principalmente los fillers, como opciones terapéuticas en cualquiera de sus estadios.

P46. PAPEL DEL DERMATÓLOGO EN LA AMPUTACIÓN COMO TRATAMIENTO DE TUMORES CUTÁNEOS MALIGNOS ACRALES. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CON TÉCNICAS DIFERENTES DE AMPUTACIÓN

J.J. Vega Castillo, F.M. Almazán Fernández, C. Cuenca Barrales, T. Ródenas Herranz y R. Ruiz Villaverde

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

La localización acral de los tumores malignos cutáneos supone un reto diagnóstico-terapéutico. Los tumores malignos más frecuentes en estas localizaciones son el melanoma lentiginoso acral y el carcinoma espinocelular. Debido al exiguo número de casos y a su variable presentación clínica es frecuente el retraso en el diagnóstico, confundiendo con otras patologías más banales. Esto motiva que, una vez son diagnosticados, haya que recurrir a tratamientos quirúrgicos más radicales para el manejo adecuado de estos pacientes. Otra consecuencia del limitado número de casos es la inexistencia de guías de tratamiento claramente establecidas a día de hoy. El tratamiento clásico de estos tumores, cuando afectaban a dedos de manos y pies, ha sido la amputación. Los últimos estudios preconizan la cirugía funcional, con mejores resultados estéticos y funcionales, respetando siempre los principios de tratamiento oncológicos. No obstante, esta solo es posible en aquellos casos poco invasivos. Presentamos dos casos de tumores malignos acrales en dedos del pie tratados mediante amputación. El caso número uno afectaba al primer dedo del pie; se realizó una amputación del dedo, con desarticulación del mismo a nivel de la articulación metatarso-falángica, manteniendo la piel sobrante a modo de bolsillo para hacer un muñón. En el caso número dos, localizado en el cuarto dedo del pie, se llevó a cabo la amputación, desarticulándolo al mismo nivel y reconstruyendo esta vez mediante aproximación de los bordes. El conocimiento por parte del dermatólogo de la anatomía local así como de las técnicas de amputación resulta esencial para poder realizar un tratamiento integral del paciente, evitando así retrasos en la cirugía y mejorando, por tanto, el pronóstico.

P47. EVALUACIÓN CLÍNICO-EVOLUTIVA DE PACIENTES CON SARCOMA DE KAPOSI EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

D. Moyano Bueno^a, E. Mateos Álvarez^b, J. Cañueto Álvarez^a, M. Roncero Riesco^a y C. Román Curto^a

^aComplejo Asistencial Universitario de Salamanca. ^bFacultad de Medicina. Universidad de Salamanca. España.

Antecedentes y objetivos. El sarcoma de kaposi (SK) es un linfangiosarcoma multicéntrico relacionado con el herpes virus tipo 8. Se conocen 4 formas clínicas (clásico, asociado a sida, asociado a inmunosupresión y endémico africano). Nuestro objetivo ha sido analizar las características clínico-evolutivas de los pacientes diagnosticados de SK entre 2010-2018.

Métodos. Se han estudiado un total de 35 pacientes, recogiendo las siguientes variables: sexo, edad, tipo de SK, localización, estado inmune, estudio histopatológico, estudio de extensión, tratamiento recibido y evolución.

Resultados. De nuestros 35 pacientes 24 eran hombres (68,6%) y 11 eran mujeres (31,4%) con una edad media al diagnóstico de 72 años. En cuanto al tipo de SK, 25 pacientes presentaban SK clásico

(71,4%), 5 SK asociado a sida (14,3%) y 5 SK asociado a inmunosupresión (14,3%). Catorce pacientes (40%) experimentaron progresión lenta de la enfermedad. Seis pacientes (17,1%) lograron remisión completa, 3 pacientes (8,6%) tuvieron remisión parcial, 3 pacientes (8,6%) mantuvieron una evolución crónica estable de las lesiones, 3 pacientes (8,6%) sufrieron progresión rápida de la enfermedad y en 6 pacientes (17,1%) la evolución fue desconocida. De los 35 pacientes, uno falleció a causa del linfoma que padecía de base y otros 2 pacientes con SK asociado a VIH fallecieron tras 1-2 meses del diagnóstico a causa del estadio avanzado de sida que presentaban.

Conclusiones. El SK más frecuente en nuestra región es el SK clásico, como corresponde a una zona con población envejecida, con una mayor prevalencia en varones y presentando un curso clínico lento y poco agresivo. La incidencia de SK asociado a inmunosupresión igualó la de SK asociado a sida. Las formas iatrogénicas presentan un curso clínico más agresivo y requieren para su resolución la retirada o el descenso de la inmunosupresión. En todos los pacientes de nuestro estudio, se diagnosticó la infección por VIH/sida a raíz del diagnóstico del SK. Estos pacientes presentaron las formas más agresivas con progresión rápida de la enfermedad y elevadas tasas de mortalidad a pesar del tratamiento antirretroviral.

P48. ANGIOSARCOMA: UN LOBO CON PIEL DE CORDERO

M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez, J. Cruañes Monferrer y J. Hernández-Gil Sánchez

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

Introducción. Un angiosarcoma es una neoplasia maligna derivada del endotelio vascular, que representa menos del 1% de todos los sarcomas, más frecuente en hombres de edad media o avanzada. El pronóstico es malo, con una supervivencia inferior al 15% a los 5 años.

Caso clínico. Mujer de 79 años que acudió por lesión dolorosa en pabellón auricular derecho de 2 meses de evolución. Había sido valorada en varias ocasiones con diagnóstico de herpes zóster, pero ante empeoramiento a pesar de tratamiento se derivó a nuestro servicio. Presentaba tumoración eritematosa, de aspecto vesículo-ampolloso en concha auricular. Se realizó biopsia, que fue compatible con angiosarcoma. En estudio de extensión se apreciaban adenopatías metastásicas en región cervical bilateral, confirmadas histológicamente, sin metástasis a distancia. Se realizó, junto a otorrinolaringología, extirpación del pabellón auricular, parotidectomía derecha y vaciamiento cervical bilateral. Se remitió a la paciente a radioterapia, con progresión cutánea de la enfermedad durante el tratamiento, en forma de lesiones papulosas, de aspecto brillante y translúcido agrupadas en una placa de disposición lineal a lo largo de la rama mandibular derecha. Posteriormente aparición de nódulos en área contralateral, desde la zona retroauricular izquierda hasta vértex, confirmado mediante biopsia como metástasis de angiosarcoma. Se decide cirugía paliativa por el carácter doloroso y extenso de dichas lesiones y quimioterapia adyuvante.

Discusión. La forma de presentación más frecuente del angiosarcoma cutáneo clásico consiste en máculas purpúricas, de apariencia engañosa similares a un hematoma, que evolucionan a nódulos de color rojo brillante o violáceos que sangran y se ulceran, localizados en cara y cuero cabelludo, pudiendo propagarse de forma centrífuga, hasta llegar a afectar a grandes áreas de cabeza y cuello. Existen otros dos tipos, el que asienta sobre linfedema y en zonas que han recibido radioterapia. El tratamiento de elección es la cirugía radical con márgenes amplios, pero aún así, la frecuencia de recurrencias y metástasis es muy alta, debido a la tendencia a la multifocalidad. Un mejor pronóstico se asocia con un tamaño más

pequeño y márgenes libres. Presentamos este caso por la compleja cirugía que requirió y la curiosa progresión de la enfermedad tras la modificación del drenaje linfático.

P49. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS COMPLEJOS DEL LABIO SUPERIOR. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Barranquero, N. López, E. Herrera-Acosta, P. Luque, G. Garriga, R. Bosch y E. Herrera

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

Introducción. Los defectos quirúrgicos a nivel del labio superior en numerosas ocasiones plantean dificultades quirúrgicas en su reparación. En los casos en los que el defecto afecta a todo el espesor del labio, esta es especialmente compleja.

Descripción. Se presentan dos casos de reparación quirúrgica de defectos del espesor total del labio superior. El primero de ellos se trata de un varón de 74 con recidiva de carcinoma escamoso a nivel de zona lateral derecha de labio superior. Tras resección en bloque con margen amplio se repara mediante colgajo de Abbe. Dado del colgajo se dejó un pedículo ancho que provocó una asimetría en la apertura oral. Esta asimetría se reparó en un segundo tiempo mediante comisurotomía. El segundo caso es otro varón de 54 años con recidiva de carcinoma basocelular a nivel de labio superior, tras extirpación previa con borde profundo afecto. Se confirma la recidiva mediante biopsia punch 3 mm, y se procede a extirpación en bloque y control en diferido de los márgenes quirúrgicos. Tras la ausencia de neoplasia residual se procede a reparación mediante colgajo perialar crescéntico bilateral. En los dos casos el periodo de seguimiento ha sido superior a 12 meses. Solo en el primero de los casos se apreció recidiva regional ganglionar contralateral que requirió vaciamiento de cuello junto con glándula submaxilar. En ambos casos la funcionalidad final fue buena y la cosmética aceptable.

Conclusiones. Presentamos dos casos de cirugías complejas a nivel de una zona anatómica de difícil manejo. Son dos casos especialmente complejos al tratarse de recidivas tras cirugías previas, lo que distorsiona la anatomía quirúrgica y dificulta el diseño de los colgajos.

P50. NÓDULOS INGUINALES COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE VULVA TIPO GLÁNDULA MAMARIA

D. López Castillo, F. Gallardo Hernández, A. Toll Abelló y R. M. Pujol Vallverdú

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Caso clínico. Mujer de 72 años sin antecedentes médicos relevantes con cuadro de semanas de evolución de nódulo friable inguinal derecho de 2 cm de diámetro con biopsia inicial de lesión epitelial proliferativa con estudio inmunohistoquímico que descarta carcinoma escamoso, tumor basaloide o melánico. La paciente es derivada a Dermatología, observando 2 nuevos nódulos infiltrados siguiendo el pliegue inguinal derecho con adenopatías locales e inspección genital sin alteraciones. Con la sospecha de letáldes se realizan biopsias de los nuevos nódulos, siendo informados como infiltración por neoformación con datos morfológicos e inmunohistoquímicos sugestivos de letálide de carcinoma de origen primario mamario, tubo digestivo o páncreas como primeras posibilidades. El estudio de extensión con TC tóraco-abdomino-pélvico informó de captación focal cutánea en labio mayor derecho y de microadenopatías periliacales e inguinales derechas. A su vez se realizó una ecografía-PAAF de adenopatía inguinal derecha con obtención de tejido positivo para células malignas compatible con metástasis de adenocarcino-

ma, con estudio inmunohistoquímico sugestivo de origen primario mamario de la lesión tumoral. Con esta sospecha se realizó una mamografía con contraste y una ecografía de mama bilateral sin evidencia de patología mamaria, por lo que en comité multidisciplinar de patología tumoral mamaria se acordó realizar un PET-TC de cuerpo entero, describiendo infiltración ganglionar retrocaval, periaórtica, paracaval, iliaca derecha e inguinal derecha con lesión focal hipermetabólica en labio vulvar mayor derecho sugestivo de proceso neoforrmativo. Ante estos resultados el caso fue orientado como adenocarcinoma vulvar mammary gland-like, iniciando por equipo de Oncología tratamiento quimioterápico paliativo dada la afectación ganglionar retroperitoneal con carboplatino 4 AUC y platicitaxel, con respuesta parcial, progresión local vulvar y adenopática retroperitoneal.

Conclusión. Presentamos el caso clínico de una paciente con nódulos inguinales, orientado tras estudio anatomopatológico como tipo infrecuente de adenocarcinoma de vulva de tipo glándula mamaria.

P51. ALTERACIONES GENÉTICAS ASOCIADAS AL DESARROLLO DEL CÁNCER CUTÁNEO

Beatriz García Bracamonte, C. García Donoso, C. Postigo Llorente, Rafael Llamas Martín y P. L. Ortiz Romero

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

Presentamos una serie ilustrativa de casos de alteraciones genéticas asociadas al desarrollo de cáncer cutáneo

Caso 1. Albinismo oculocutáneo: herencia autosómica recesiva (AR), se caracterizan por defectos en la síntesis de melanina por alteraciones en la enzima tirosinasa. La piel es extremadamente sensible a la radiación ultravioleta lo que les predispone a desarrollar cáncer cutáneo de forma precoz. El albinismo oculocutáneo tipo 2 (AOC2), la forma más frecuente en África, tiene una prevalencia en algunas zonas de 1/2.500 personas.

Caso 2. Xeroderma pigmentoso: enfermedad, AR, multigénica y multialélica, con una prevalencia de 1/250.000. Por genes (se han identificado al menos 8) que intervienen en la reparación del daño del ADN inducido por la radiación UV. Los individuos afectados desarrollan epitelomas basocelulares, carcinomas epidermoides y melanomas precozmente en la infancia.

Caso 3. Síndrome de Gorlin o del nevus basocelular: autosómico dominante (AD) con una prevalencia estimada 1/31.000-1/164.000. Se caracteriza por alteraciones del desarrollo, quistes odontogénicos, riesgo de meduloblastoma en la infancia, pits palmares y desarrollo de multitud de epitelomas basocelulares. Se debe a una mutación germinal en el gen (PTCH1).

Caso 4. Síndrome de Muir-Torre: AD, se caracteriza por la asociación de al menos un tumor de estirpe sebácea (adenoma, epiteloma o carcinoma) con o sin queratoacantomas y neoplasias viscerales (61% tumores gastrointestinales). Por mutaciones en genes reparadores de discordancia del ADN (DNA mismatch repair genes [MMR]), en la mayor parte de los casos del gen MSH2 y con menos frecuencia el MLH1, que provocan inestabilidad en los microsatélites.

Caso 5. Síndrome de Rothmund-Thomson: se caracteriza por poiquilodermia, baja estatura, pelo escaso, disminución o ausencia de cejas y pestañas, cataratas, anomalías esqueléticas y envejecimiento prematuro. Existe un riesgo aumentado de osteosarcoma y de desarrollo de cáncer cutáneo. En un 60-65% de los casos se ha detectado mutación en RECQL4 helicasa gen.

Caso 6. Tricoepiteliomas múltiples (TEM): se ha descrito el desarrollo de epitelomas basocelulares en pacientes con TEM. Los TEM pueden aparecer también en el contexto de síndromes como el de Brooke-Spiegler asociados a tumores anexiales. En aproximadamente un 40% de los casos se han detectado mutaciones en CYLD.

P52. NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMACITOIDES BLÁSTICA CON AFECTACIÓN CUTÁNEA EXCLUSIVA: RESPUESTA A IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL CON ELECTRONES

A. Pulido Pérez^a, M. Bergón Sendín^a, G. Rodríguez Macías^b, V. Parra Blanco^c y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Hematología y Hemoterapia. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. La neoplasia de células dendríticas plasmacitoides blástica (NCDPB) se encuadra dentro de las neoplasias de precursores de curso clínico agresivo.

Caso clínico. Mujer de 68 años, con antecedentes de artritis reumatoide tratada con múltiples fármacos biológicos, fue valorada por la aparición de nódulos subcutáneos asintomáticos en el tronco y las extremidades. Se realizó una biopsia cutánea que demostró la presencia de un infiltrado dermo-hipodérmico, pleomórfico, compuesto por elementos CD4, CD56, CD123 positivos. Con el diagnóstico de NCDPB se realizó un estudio de extensión mediante PET-TC, biopsia de médula ósea, punción lumbar y resonancia magnética craneal que descartaron la presencia de compromiso extracutáneo. Recibió tratamiento poliquimioterápico con HyperCVAD, alcanzando la remisión completa. En los seis meses posteriores reaparecieron nódulos cutáneos similares con hallazgos histopatológicos superponibles a la biopsia inicial. Se realizó un nuevo estudio de extensión que no evidenció enfermedad más allá de la piel. Dada la imposibilidad para someterse a un trasplante alogénico de médula tras su remisión completa inicial, se inició un esquema de segunda línea con metotrexato a altas dosis y prednisona, en ausencia de respuesta. Debido a la progresión de los nódulos y a la presencia de afectación cutánea exclusiva, se realizó tratamiento dirigido a la superficie cutánea mediante irradiación corporal total con electrones, con la que se alcanzó una respuesta completa, en ausencia de toxicidad significativa.

Discusión. A pesar de considerarse una entidad con extensión multiorgánica, la piel se encuentra afectada en más del 90% de los casos, tanto en su forma de presentación inicial como en las recurrencias. Aunque inicialmente se presente en la piel, la NCDPB muestra una tendencia a la recidiva con afectación extracutánea, lo que justifica su comportamiento clínico agresivo y su pronóstico infausto. En el presente caso se describe el papel de la irradiación corporal total como tratamiento citorreductor, en un paciente con afectación limitada a la piel. En este sentido, la radioterapia podría plantearse como una opción efectiva y de baja toxicidad en pacientes refractarios a las líneas de tratamiento convencionales.

P53. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS CARCINOMAS BASOCELULARES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

R.J. Bosch García, P. Navarro Guillamón, A. Barranquero Fernández, A. Vera Martínez y E. Herrera Ceballos

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

Material. Se revisan los 946 carcinomas basocelulares (CBC) extirpados en 788 pacientes en el servicio de Dermatología del Hospital universitario Virgen de la Victoria en el año 2010, y la evolución durante 6 años de aquellos que mostraron afectación de márgenes.

Resultados. La tasa de incidencia del CBC fue 189,2/100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en hombres (58,4%), en edades más avanzadas (73,04% a partir de los 60 años), y en la denominada zona H facial. Un 4,75% presentaron margen afecto, y de ellos recidivaron el 20% de los que se optó por observación.

Conclusiones. La incidencia algo menor a la estimada en general se debe probablemente a considerar solo los CBC tratados quirúrgica-

mente. Se confirma una vez más la mayor afectación de sexo masculino, edad avanzada y zonas características. La cirugía convencional, usada en los tumores primarios, ha mostrado una baja tasa de márgenes afectos. La observación se considera una buena conducta en los casos con afectación de margen lateral, siempre tras la evaluación del riesgo individual de cada caso.

P54. CARCINOMA ESPINOCELULAR. INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN

R.J. Bosch García, I. Castaño Uhagón, A. del Milagro Vázquez y E. Herrera Ceballos

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

Material. A partir del listado de informes anatomopatológicos se revisan las historias clínicas informatizadas de los carcinomas espi-nocelulares (CEC) extirpados en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga en el año 2010 y 2016, comparando su incidencia y características, y la evolución durante 6 años de los pacientes intervenidos en 2010.

Resultados. En 2010 se extirparon 161 tumores mientras que en 2016 fueron 256, lo que supone una incidencia de 32,2 y 51,2 CEC por 100.000 personas-año. Los tumores asentaban en hombres en el 64% en 2010 y el 59% en 2016, y su localización más frecuente en ellos fue la frontotemporal y cuero cabelludo. En las mujeres las zonas con más lesiones fueron mejillas y miembros inferiores. En ambos años la mayoría de los tumores fueron muy diferenciados y alcanzaban la dermis reticular. Los casos con afectación de márgenes fueron el 9,9% en 2010 y el 8,2% en 2016. De los 161 casos seguidos durante 6 años recidivaron 9, 6 localmente y 3 a ganglios.

Conclusiones. La incidencia del CEC parece estar aumentando posiblemente en relación con el aumento de la esperanza de vida. La distribución por sexos, edad de aparición y localizaciones demuestra la clara influencia del daño solar acumulado. La afectación de márgenes y la presentación de recidivas han resultado similares a los publicados en la literatura.

P55. CORRECCIÓN DE COLAPSO DE ALA NASAL CON MALLA DE TITANIO

M. Oro-Ayude, A. Iglesias-Puzas, B. González-Sixto, C. Feal Cortizas y Á. Flórez

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. España.

La resección de tumores cutáneos a nivel de la pirámide nasal puede afectar a los mecanismos de soporte estructural de la nariz. Es por ello que la reconstrucción quirúrgica óptima implica mantener la integridad del esqueleto osteocartilaginoso nasal para asegurar una adecuada función. Presentamos el caso de un varón de 78 años afectado de un carcinoma basocelular a nivel del ala nasal izquierda. Tras tres estadios de cirugía de Mohs se obtiene aclaramiento tumoral y, como resultado, se crea un defecto de espesor total de 3 x 2,5 cm. La reconstrucción se llevó a cabo mediante un colgajo frontal paramediano derecho plegado, asociado a un injerto de cartilago auricular. Posteriormente, el paciente presentó necrosis de la parte distal del colgajo, resuelta con un colgajo melolabial. A los 6 meses se evidencia un colapso inspiratorio de la fosa nasal izquierda, por lo que se plantea la colocación de una malla de titanio para dar soporte estructural al ala nasal, con buen resultado funcional. En la reconstrucción de defectos nasales de espesor total se recomienda el reemplazo de cada una de las tres capas de la estructura de la nariz, con el objetivo de evitar la estenosis y la deformidad nasal. La reparación del armazón cartilaginoso puede considerarse como el elemento clave para lograr resultados funcionales óptimos y mantener el flujo de aire. En este caso colocamos una malla de titanio para restablecer

el flujo de aire tras la necrosis del injerto de cartilago y el colapso del ala nasal acompañante, con buen resultado funcional y estético. Cabe destacar que el empleo de mallas de titanio es una opción más a tener en cuenta para la reconstrucción del esqueleto nasal.

P56. AFTOSIS ORAL SECUNDARIA A LA APLICACIÓN DE IMIQUIMOD TÓPICO A DISTANCIA

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

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

Introducción. El imiquimod tópico es un agente inmunomodulador con capacidad antitumoral y antivírica. Resultan habituales las reacciones irritativas a nivel del lugar de aplicación, siendo menos frecuentes las manifestaciones cutáneas a distancia.

Caso clínico. Varón de 81 años con múltiples queratosis actínicas y campo de cancerización a nivel de cuero cabelludo. Sin antecedentes personales de interés. Se decidió tratamiento con imiquimod 3,75% crema, presentando durante la segunda semana de aplicación múltiples aftas a nivel de labios y paladar, que se resolvieron en tres semanas tras la suspensión de imiquimod y tratamiento sintomático. Después de un año y considerando erróneamente el episodio previo no relacionado con el fármaco, se indicó de nuevo tratamiento con imiquimod al 5% para tratamiento de campo de cancerización en cuero cabelludo. Durante la primera semana de aplicación el paciente comenzó con múltiples aftas en labios, en esta ocasión en mayor número que durante el primer brote. El estudio analítico con hemograma, bioquímica, PCR y autoinmunidad resultaron normales. Se tomó cultivo de PCR viral con hallazgo de virus varicela zoster (VVZ); el cultivo bacteriano fue negativo. El estudio anatomopatológico mostraba un tejido fibrinonecrotico de lecho ulceroso y estroma submucoso con inflamación aguda. No se apreciaban cambios citopáticos. El estudio serológico fue positivo para VVZ (IgG), resultando negativo para virus herpes simplex 1 y 2. Se pautó tratamiento sintomático con resolución del cuadro.

Discusión. La aftosis secundaria al tratamiento por imiquimod es poco frecuente. Los primeros casos fueron descritos en 2005 por Chakrabarty et al. tratándose de tres pacientes con queilitis actínica que presentaron lesiones en labios, destacando que estas no ocurrían sobre el lugar de aplicación sino en proximidad. Ese mismo año Zalaudek et al. publicaron cuatro casos de queilitis tras el tratamiento de verrugas planas en frente y mejillas con imiquimod. Se ha propuesto que la aplicación de imiquimod genera una respuesta exagerada en determinados individuos predispuestos. En todos los casos descritos hasta ahora los estudios virológicos han resultado negativos. Está descrito el hallazgo de ADN de virus herpes zoster en saliva incluso varios años después de un herpes zoster, por lo que lo consideramos un hallazgo fortuito.

P57. COLGAJO FRONTO-NASAL PARAMEDIANO, CONSEJOS PRÁCTICOS PARA SU DISEÑO Y APLICACIÓN

N. Rodríguez Garijo, E. Querol Cisneros, A. Tomás Velázquez, Á. Estenaga Pérez de Alveniz y P. Redondo Bellón

Clinica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Antecedentes y objetivos. El colgajo fronto-nasal paramedial, basado en la arteria supratroclear y descrito por Menick y Burguet, permite la reconstrucción de defectos extensos y distales en el área nasal. Cuando existe también un defecto cartilaginoso, el empleo de injertos de cartilago obtenidos de la concha auricular mantiene el armazón de la coana y permiten una correcta permeabilidad de la fosa nasal. El objetivo de este trabajo es mostrar detalles prácticos que permiten mejorar el resultado estético y funcional de este colgajo.

Métodos. Se presenta el caso de un varón de 76 años con una tumoración que abarcaba toda el ala nasal izquierda de 4 × 4 cm, con diagnóstico histológico de carcinoma escamoso infiltrante y poco diferenciado. Se realizó un estudio de imagen mediante resonancia magnética en el que se observaba una tumoración infiltraba el hueso nasal izquierdo. Se llevó a cabo exéresis de la lesión, junto con resección del dorso y pared lateral nasal del lazo izquierdo, incluyendo el cartílago alar inferior y el alar superior. El defecto quirúrgico fue reconstruido mediante colgajo frontal paramediano con injerto de cartílago auricular para la reconstrucción de la coana. El plano mucoso se dejó granular por segunda intención. Tres semanas después, en un segundo tiempo, se seccionó el pedículo y se remodeló la glabella y la simetría nasal.

Resultados. Se ilustra mediante iconografía seriada la lesión clínica, el defecto quirúrgico final, los distintos pasos de la reconstrucción y el resultado final a corto plazo.

Conclusiones. El colgajo fronto-nasal paramediano es un colgajo versátil que permite la reconstrucción de grandes defectos en el área nasal, especialmente cuando existe pérdida del cartílago o incluso todo el grosor de la pared nasal. Aunque su técnica está muy bien definida, la aplicación de pequeñas variaciones puede contribuir a un mejor resultado estético y funcional.

P58. PENFIGOIDE AMPOLLOSO INDUCIDO POR RADIOTERAPIA

C. Mendoza Chaparo, M. Franco Muñoz, N. Villasanti Rivas, G. Romero Aguilera, J.A. Garrido Martín y L. González Ruiz

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

Introducción. En la literatura médica existen muy pocos casos publicados de enfermedades ampollas autoinmunes inducidas por radioterapia. Describimos un paciente con ampollas subepidérmicas generalizadas y evolución tórpida de radiodermatitis tras tratamiento adyuvante con RT de un carcinoma epidermoide cutáneo.

Caso clínico. Varón de 87 años con HTA y DM tipo 2, en tto con valsartan y metformina, que consultó por lesión tumoral de 1 cm en región occipital. Se extirpó la lesión, siendo la histología compatible con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado que afectaba focalmente al borde profundo de resección. Valorado el paciente en comité de tumores de nuestro hospital se decidió RT adyuvante con fotones, administrándose 52,5 Gy en dosis fraccionadas. Tras la RT sufrió una radiodermatitis severa, requiriendo curas y comenzó con prurito generalizado, inicialmente sin lesiones cutáneas. Tras varias semanas el prurito fue en aumento y comenzaron a aparecer pápulas y vesículas de base eritematosas en tronco y extremidades. Se realizó biopsia que demostró una ampolla subepidérmica y un infiltrado dérmico con abundantes eosinófilos. La IFD mostró depósitos lineales de C3 e IgG en unión dermoepidérmica. Dada la lenta evolución de la radiodermatitis se tomó una biopsia del margen de la misma que mostró necrosis epidérmica, tejido de granulación y eosinófilos.

Discusión. En nuestro paciente el cuadro clínico, la histología e inmunohistoquímica son compatibles con un PA. El PA radioinducido es extremadamente infrecuente, existiendo solamente 36 casos publicados. El mecanismo patogénico es desconocido; se han propuesto 2 hipótesis: la primera postula que la radiación ionizante produce la liberación de antígenos de PA al dañar las células epidérmicas basales, que serían presentados a los linfocitos T por las células de Langerhans y estos activarían posteriormente a Lf B liberándose autoanticuerpos. La segunda hipótesis asume que en estos pacientes existirían autoanticuerpos frente a la membrana basal circulantes previamente a la RT, que se unirían a la misma tras el daño tisular por la radiación ionizante, iniciándose la enfermedad. El 90% de los pacientes con PA radioinducido debutaron en la zona irradiada, y la mayoría presentó generalización posterior de

lesiones. El curso clínico de estos pacientes es similar al de los pacientes con PA idiopático.

P59. TRES CARCINOMAS TRATADOS CON TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL

G. Ruiz-Carrillo Ramírez^a, M.J. Suárez Valladares^a, A. de la Hera Magallanes^b, M.A. González Morán^b y M.Á. Rodríguez Prieto^a

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

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) está indicada para el tratamiento de carcinomas basocelulares superficiales debido a la escasa penetración del fotosensibilizante y de la luz. Nuestro grupo recientemente ha publicado un estudio transversal demostrando la eficacia de la terapia fotodinámica intralesional (TFD-I) en el tratamiento de carcinomas basocelulares de cualquier tamaño y patrón histológico. Se presentan tres pacientes con distintos tipos de carcinomas con buena respuesta al tratamiento con TFD-I.

Métodos. La TFD-I se llevó a cabo bajo anestesia local (mepivacaína al 2%), empleando una solución salina de ácido 5-aminolevulínico al 1% inyectada en la lesión. Después de 90 min de incubación, se irradiaron las lesiones con láser de diodo de 630 nm (Multidiode 630PDT, Intermedic[®], Barcelona).

Casos clínicos. *Caso 1.* Mujer de 90 años con antecedentes de fibrilación auricular (FA) e incapacidad moderada para las actividades cotidianas, con un carcinoma triquilemal de 1 cm de diámetro en dorso nasal. Se realizó una sesión de TFD-I con aplicador externo, sin recidiva tras más de dos años de seguimiento. *Caso 2.* Mujer de 97 años con antecedente de accidente cerebrovascular, presentaba un siringocarcinoma de 3 cm de diámetro en la punta nasal. Se realizó una sesión de TFD-I con aplicador externo, sin recidiva tras más de tres años de seguimiento. *Caso 3.* Varón de 83 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer de más de 20 años de evolución, FA y cardiopatía isquémica, presentaba un carcinoma sebáceo de 6 cm de diámetro en el vértex. Se realizaron dos sesiones de TFD-I, con aplicación de la luz intratumoral, a través de fibra óptica, con aplanamiento de la lesión. El paciente falleció por insuficiencia cardíaca congestiva 6 meses después, por lo que no dispusimos de seguimiento tras la última sesión.

Conclusiones. La cirugía y/o la radioterapia es el tratamiento estándar para el tratamiento de tumores cutáneos malignos, pero en pacientes pluripatológicos, en los que están contraindicados, la TFD-I puede ser una alternativa con fines curativos o paliativos.

P60. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ABANDONO DE LA DISECCIÓN GANGLIONAR INMEDIATA TRAS BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA POSITIVA EN PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO: ESTUDIO DESCRIPTIVO PRELIMINAR

M. Munera-Campos^a, A. Boada^a, E. Margarit^b, A. Jaka^a y C. Ferrándiz^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. ^bFundació Kàlida. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Antecedentes y objetivo. Recientemente y tras demostrarse la ausencia de beneficio en la supervivencia, se ha sugerido el abandono de la disección ganglionar (DG) inmediata tras una biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) positiva en pacientes con melanoma cutáneo. En su lugar, se recomienda un seguimiento ecográfico intensivo del área ganglionar. Esto permite evitar la DG y su principal complicación, el linfedema; sin embargo, el incremento del número de visitas y exploraciones puede ocasionar ansiedad. El

objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida (CV) de los pacientes en seguimiento clínico y ecográfico estrecho.

Método. Se llevó a cabo un estudio exploratorio, transversal y descriptivo de pacientes con melanoma cutáneo y BSGC positiva sometidos a seguimiento clínico y ecográfico estrecho entre julio del 2017 hasta septiembre del 2018. Se evaluó la CV mediante 4 cuestionarios: SF-36 (genérico), EORTC QLQ-c30 (enfermedad oncológica), DLQI (enfermedad dermatológica) y HADS (síntomas).

Resultados. En total, 10 pacientes aceptaron participar en el estudio. El 50% eran varones. La edad media fue de 60 años (25-83). El índice de Breslow medio fue de 2 mm ($\pm 0,96$). Ningún paciente presentaba diagnóstico previo de ansiedad o depresión. El cuestionario SF-36 detectó una mayor afectación del dominio social, con una funcionalidad media del 56,30% ($\pm 13,34$). El 80% consideraba que su salud no había empeorado en el último año. La aplicación del EORTC QLQ-c30 mostraba una media en salud global del 70,83% ($\pm 26,69$). Los síntomas más frecuentes fueron la fatiga, con una afectación sintomática media del 21,11% y el insomnio (16,67%). Un 30% presentaba una afectación moderada-grave del DLQI. Solo se detectó un caso de sintomatología ansiosa (HADS > 11) y ninguno de sintomatología depresiva.

Conclusiones. La afectación de la CV, incluyendo los dominios físico, funcional, emocional y social, es generalmente escasa en pacientes no sometidos a DG inmediata. La actividad cotidiana no se vio comprometida. Solo se detectó 1 caso de ansiedad. Cuantificar la afectación de la CV por dominios aporta información sobre el impacto de la enfermedad y su tratamiento. Asimismo, permite revelar síntomas que precisen de soporte y adecuar las decisiones médicas finales. Son necesarios estudios con un mayor número de sujetos para evaluar el beneficio en la CV en este nuevo escenario clínico.

P61. DOS CASOS DE METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CÁNCER PRIMARIO DE PULMÓN

N. Porta Aznárez^a, P.A. Cerro Muñoz^a, A. Palma Ruiz^a, M.Á. Trigo Cebrián^b e Y. Gilaberte Calzada^a

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

Introducción. Las metástasis cutáneas (MC) de neoplasias internas son poco frecuentes, ocurren por infiltración de la piel por células procedentes de tumores malignos situados a distancia. Varios estudios evidencian que el cáncer de pulmón es la primera causa de metástasis en la piel en hombres, y la segunda en mujeres después del cáncer de mama. En España, la causa más frecuente es el cáncer de pulmón de células escamosas, seguido del adenocarcinoma. **Caso 1.** Varón de 69 años, exfumador, consultó por aparición de varios tumores localizados en cuero cabelludo y labio superior, eritematosos, firmes, de 10 a 20 mm de diámetro, asintomáticos. El TAC de tórax mostró tumor pulmonar y el estudio histológico fue compatible con carcinoma indiferenciado de célula grande de pulmón. Se determinó estadio IV, indicando quimio- y radioterapia paliativa. El paciente falleció a los 2 meses por derrame pleural masivo e insuficiencia respiratoria.

Caso 2. Varón de 64 años, fumador, consultó por 3 lesiones tumorales, ulceradas, duras, en cuero cabelludo, asimismo refería tos y expectoración hace varios meses. Biopsia cutánea evidenció carcinoma basocelular infiltrativo. Radiografía y TAC de tórax revelaron masa bronquial con nódulos en pulmón contralateral. Se realizó biopsia pulmonar compatible con carcinoma escamoso. Se revisó nuevamente la biopsia cutánea, incluyendo estudio IHQ, considerándola como una metástasis del carcinoma escamoso de pulmón. Se realizó quimio- y radioterapia paliativas. El paciente ha desarrollado nuevas metástasis cutáneas a pesar del tratamiento.

Discusión. Presentamos dos casos poco frecuentes de MC de cáncer de pulmón. En el primer caso las MC aparecieron simultáneamente

con el diagnóstico del cáncer pulmonar y en el segundo las lesiones cutáneas permitieron sospechar la presencia del cáncer primario de pulmón. Destacar que en el segundo caso la clínica era muy sugestiva de MC por lo cual fue necesario revisar la biopsia de piel por diagnóstico inicial erróneo de carcinoma basocelular infiltrante. La aparición de MC confiere un mal pronóstico, siendo cuatro meses la media de supervivencia. Es recomendable realizar una biopsia cutánea y radiografía de tórax, cuando aparecen lesiones tumorales o nodulares en la piel sobre todo a nivel de cuero cabelludo y la barba, especialmente en pacientes fumadores.

P62. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES ACRALES: ESTUDIO CLÍNICO HISTOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DE 15 CASOS

E. Bernia Petit, C. Serra Guillén, C. Requena Caballero, C. Guillén Barona y O. Sanmartín Jiménez

Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. España.

Los carcinomas epidermoides acrales son tumores poco frecuentes. Cuando aparecen a nivel del aparato ungueal, suelen localizarse bajo la lámina ungueal y presentar un lento crecimiento. La etiología exacta se desconoce. No obstante, se han relacionado con algunos subtipos de alto riesgo del virus papiloma humano, traumatismos crónicos y radiación ionizante. Clínicamente puede simular otras condiciones, como verrugas vulgares, onicomicosis, distrofia ungueal postraumática o exostosis. Llevamos a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados en nuestro servicio de carcinoma epidermoide acral en un periodo de 10 años. Analizamos variables como: edad y sexo del paciente, tiempo de evolución, localización, tamaño, subtipo histológico, tratamiento recibido y recidivas posteriores, entre otros. Durante este periodo de tiempo, diagnosticamos 13 pacientes con 14 CEC acrales. El 75% eran varones (ratio hombre-mujer 3:1) con una edad media al diagnóstico de 64 años y un tiempo medio de evolución de 38 meses (2-180). La mayoría localizados en manos (86%), con ligero predominio derecho (58%). El 64% no habían recibido tratamiento previamente, un 21% habían sido intervenidos quirúrgicamente en otro centro y dos pacientes habían sido tratados con crioterapia (14%), por sospecha inicial de verruga vulgar. Las lesiones presentaron un diámetro medio de 16 x 11,7 mm. El subtipo histológico más frecuente fue el infiltrante (64%), seguido por el verrucoso (21%) e in situ (14%). La mayoría de los pacientes fueron tratados mediante cirugía de Mohs (72%), siendo necesarios una media de 1,6 estadios para asegurar bordes negativos. Los 2 pacientes con CEC in situ fueron tratados con imiquimod 5% y en un caso fue necesario realizar una amputación de la primera falange por infiltración ósea. Tras un tiempo de seguimiento medio de 25 meses, solo un paciente presentó una recidiva (7%) y a otro se le realizó vaciamiento ganglionar por infiltración tumoral (7%). El CEC acral es un tumor poco frecuente. Debido a su variabilidad clínica, frecuentemente se retrasa su diagnóstico. A pesar de ello, las tasas de curación mediante el uso de cirugía de Mohs son elevadas, con baja tendencia a la recidiva local y diseminación a distancia.

P63. RECONSTRUCCIÓN DE UN DEFECTO FRONTAL MEDIANTE EXPANSIÓN TISULAR INTRAOPERATORIA INMEDIATA

J. Pérez Anker^a, Susana Puig^a y D. Moreno-Ramírez^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Clinic. Barcelona. ^bHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La expansión tisular intraoperatoria inmediata consiste en la distensión de los planos cutáneos y subcutáneos mediante sistemas de expansión aplicados durante el mismo tiempo

quirúrgico de la reconstrucción con el objetivo de ampliar el tejido disponible para el cierre del defecto primario.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es describir la reconstrucción de un defecto quirúrgico primario localizado en la región frontal mediante la expansión tisular intraoperatoria de los colgajos.

Material y método. Mujer de 24 años con síndrome de Gorlin, sin mutación PTCH, intervenida mediante cirugía micrográfica de Mohs por un carcinoma basocelular esclerodermiforme de 6 años de evolución localizado en la línea mediofrontal. La cirugía de Mohs requirió de 3 tiempos, y originó un defecto final de 5 cm de diámetro. Bajo anestesia general se procedió a la reconstrucción del defecto quirúrgico. Durante la intervención se procedió a la inserción de dos catéteres de Foley (nº16) en un plano subfascial subyacente a cada uno de los lados del defecto y al llenado del balón del catéter con 10 cc de suero fisiológico. Durante la intervención se completaron 3 ciclos de expansión de 3 minutos de duración. Posteriormente se procedió a la aproximación de los bordes de la herida mediante colgajo de avance supraciliar bilateral y cierre de la misma.

Resultados. El colgajo de avance supraciliar y la expansión tisular intraoperatoria permitieron el cierre completo de la herida quirúrgica. Durante el postoperatorio inmediato no se observaron complicaciones (no dehiscencia, no infección de la herida quirúrgica). Se observó limitación funcional de la musculatura periorbitaria 2 semanas después de la intervención con recuperación progresiva de la misma.

Conclusión. La expansión tisular intraoperatoria con catéter de Foley ha representado un recurso de baja complejidad para la reconstrucción de un defecto quirúrgico de gran tamaño localizado en la región frontal sin infección de la herida quirúrgica y con resultado cosmético adecuado.

P64. USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA TRAS LA EXTIRPACIÓN DE UN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE RECIDIVANTE EN ABDOMEN

A. Bota Llorca, J. Raya Maldonado, T. Toledo Pastrana, T. Benítez Fernández y D. Moreno Ramírez

UGC Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Antecedentes y objetivos. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un sarcoma cutáneo poco frecuente con un comportamiento localmente agresivo, con tendencia a la recidiva local si no se realizan extirpaciones con amplio margen de seguridad. Desde 2012 está suficientemente consensuado que la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de estos tumores debe ser la cirugía de Mohs en dos etapas (slow-Mohs), lo que implica defectos quirúrgicos que no pueden repararse a la espera de resultados, en ocasiones de gran tamaño. La terapia de presión negativa (TPN) consiste en una técnica no invasiva que promueve la cicatrización mediante la aplicación de un flujo de succión constante controlada en la superficie cruenta. Siendo una técnica ampliamente utilizada por otras especialidades tanto en heridas agudas como crónicas, es prácticamente desconocida en la dermatología quirúrgica moderna.

Material y métodos. Presentamos un caso de un paciente intervenido de DFSP gigante recidivante en abdomen con un defecto quirúrgico de 21*17 cm de diámetro que interesaba todo el tegumento y celular subcutáneo hasta la musculatura abdominal. Sobre esta herida se realizaron curas periódicas cada 48-72 h con un dispositivo para TPN portátil de manejo domiciliario.

Resultados. El defecto granuló en su totalidad a espesor total en el plazo de 6 semanas, permitiendo su reconstrucción posterior mediante un doble colgajo de avance. No se experimentaron complicaciones inmediatas o posteriores, dándose al paciente de alta a las 10 semanas de la intervención inicial.

Conclusiones. Consideramos que la TPN puede encontrar aplicación en Dermatología en heridas de estas características, tanto a la espera de un proceso reconstructivo como siendo terapia de destino.

P65. PROTOCOLO PREQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

E. Varas Meis, P. Fernández Canga, J. Castiñeiras González, N. Erisi Salvado y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Introducción. La bibliografía y protocolos existentes en cirugía dermatológica son escasos, haciendo del manejo perioperatorio del paciente quirúrgico un motivo de controversia y desasosiego. El objetivo principal del manejo perioperatorio es la detección y prevención de potenciales complicaciones médicas relacionadas con la intervención y/o la descampensación de entidades sistémicas desencadenadas por la cirugía.

Material y método. Presentamos el diseño de un protocolo preoperatorio para pacientes en cirugía dermatológica, y su aplicación prospectiva unicéntrica entre los meses de diciembre del 2017 y febrero del 2018.

Resultados. La instauración del protocolo preoperatorio se ha relacionado con una reducción en los tiempos de espera quirúrgicos, el coste sanitario directo e indirecto y las consultas evitables derivadas de un manejo preoperatorio subóptimo. Por otro lado, se ha objetivado una mejoría en el seguimiento de las recomendaciones clínicas sobre profilaxis antibiótica. De forma adicional, el personal administrativo y de enfermería ha referido beneficios indirectos del protocolo, al aportar información sobre el proceso quirúrgico del paciente de forma simplificada.

Conclusiones. Presentamos un protocolo de manejo preoperatorio en cirugía dermatológica, cuya aplicación en nuestro centro ha supuesto una optimización en la valoración y manejo perioperatorio del paciente, con la optimización de sus recursos sanitarios asociados.

P66. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FENOTÍPICAS E HISTOLÓGICAS SEGÚN LOS SUBTIPOS DE LA MUTACIÓN EN EL PROMOTOR DEL TERT. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 451 PACIENTES

E. Manrique-Silva^{a,b}, Z. García-Casado^c, C. Requena^b, R. Kumar^d y E. Nagore^{a,b}

^aEscuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ^bServicio de Dermatología. ^cLaboratorio de Biología Molecular. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^dDivision of Molecular Genetic Epidemiology. German Cancer Research Center. Heidelberg. Alemania.

Introducción. La heterogeneidad clínica como histopatológica del melanoma cutáneo está en relación directa con su perfil molecular. Diferencias entre las tasas de supervivencia de los pacientes con melanoma en relación con los tres subtipos de mutaciones en el promotor de TERT (-124C>T, -146C>T y tándem -138/-139) han sido observadas. Sin embargo, las características clínicas, fenotípicas, así como histopatológicas en estos subgrupos de pacientes no han sido descritas hasta el momento.

Material y métodos. Se diseñó un estudio observacional retrospectivo. Pacientes diagnosticados entre el 1 enero del 2000 y 31 diciembre del 2017 fueron incluidos. Para correlacionar las variables se definieron 4 grupos de estudio: Wt, -124 C>T, -146 C > T y el tándem -138_139 CC>TT. El análisis estadístico se realizó mediante chi-cuadrado y CART. Solo valores con p < 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados. De 451 pacientes, 185 presentaban mutaciones en el promotor de TERT y 266 fueron Wt. El 41% presentaron mutación en -124 C>T, 51% en -146 C > T y 8% en el tándem -138_139 CC>TT. Si bien los tres subtipos presentaron características similares, la mutación en -146 C > T además presentó una mayor asociación a melanomas con un Breslow < 2 mm, mientras que -124 C>T y -138_139

CC>TT estuvieron más asociadas a melanomas con Breslow > 2 mm. Por otro lado, - 124 C>T no se relacionó a la mutación en BRAF, a diferencia de los otros subtipos que sí lo hicieron. Tras análisis con CART, se objetivó en los tres subtipos que tanto un patrón habitual/ ocasional de foto exposición en el área del melanoma, edad > 65 años, antecedentes de exposición solar crónica y la asociación a > 1 variante no sinónima de la mutación en MCR1 fueron las variables más determinantes.

Conclusión. Los resultados obtenidos confirman la asociación de las mutaciones localizadas en el promotor de TERT a una vía etiopatogénica predominantemente relacionada al daño solar crónico. La comprensión de las características moleculares del melanoma, así como de sus variantes, contribuirá a la descripción de nuevos biomarcadores, dianas terapéuticas, así como conllevará la realización de protocolos de seguimiento más cercanos a las necesidades de los pacientes.

P67. EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES DURANTE LOS TRATAMIENTOS DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS, ¿TRANQUILIZARSE O ALARMARSE?

L.M. Valladares Narganes, J. Castiñeiras González, P. Fernández Canga, E. Samaniego González, M. Navedo de las Heras y M.Á. Rodríguez Prieto

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

Antecedentes y objetivos. Los tratamientos de las queratosis actínicas han aumentado mucho en los últimos años, lo que nos ha permitido mejorar el control de esta patología. Sin embargo, todos ellos pueden acompañarse de efectos secundarios, la mayoría locales, que hay que conocer y manejar.

Métodos. Evaluar los efectos secundarios a nivel local de los distintos tratamientos para queratosis actínicas más utilizados en cuanto a frecuencia, morfología, predicción de respuesta y propuesta de manejo.

Resultados. A través de la base de datos de nuestro servicio, evaluamos por historia clínica e iconografía los efectos secundarios obtenidos durante los siguientes tratamientos para queratosis actínicas: diclofenaco tópico, ingenol mebutato, terapia fotodinámica (convencional y luz de día), 5-FU con salicílico e imiquimod (al 5% y al 3,75%). **Conclusiones.** La mayoría de las reacciones adversas que podemos encontrarnos durante estos tratamientos son reacciones locales leves, muchas veces predecibles y en ocasiones pueden ser un factor predictor de respuesta al tratamiento lo que puede ayudarnos en cuanto a la adherencia al tratamiento. Además, algunas reacciones son características de cada terapia lo que permite transmitir tranquilidad al paciente. En cuanto al manejo, aunque no existe consenso, el uso de emolientes, queratolíticos suaves, corticoides tópicos y antibióticos de uso tópico puede minimizar los síntomas de estos efectos y mejorar el confort de nuestros pacientes.

P68. VISMODEGIB COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO NO CANDIDATO A CIRUGÍA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

J. Pedraz, A. Conde-Taboada, A. Fueyo, E. González Guerra y E. López Bran

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. España.

Introducción. El tratamiento del carcinoma basocelular avanzado siempre ha supuesto un reto terapéutico en cuanto a la dificultad para conseguir una curación real del tumor o unos resultados estéticos aceptables.

Caso clínico. Presentamos tres casos clínicos de tres varones de 85 años (paciente 1), 92 años (paciente 2) y 81 años (paciente 3) respectivamente. El paciente 1 acude a dermatología con diagnóstico

de carcinoma basocelular infiltrativo con afectación de región ocular y nasal izquierdas que ha sido intervenido quirúrgicamente en múltiples ocasiones por el servicio de oftalmología con posterior enucleación del ojo izquierdo. El paciente 2 presentaba carcinomas basocelulares múltiples en cara, cuello, espalda y tórax desde hacía más de 20 años tratados con crioterapia, cirugía o quimioterapia tópica. El paciente 3 presentaba un deterioro cognitivo grave. Los familiares del paciente referían la presencia de una lesión erosiva, deformante en ala nasal izquierda de por lo menos 2 años de evolución. Se confirma el diagnóstico mediante biopsia de carcinoma basocelular infiltrativo. En los tres casos, se descarta la intervención quirúrgica dada la dificultad de reconstrucción posterior de todas las zonas afectadas. Se descarta también el tratamiento con radioterapia dadas las localizaciones de afectación de los diferentes tumores y probables efectos secundarios de retracción posteriores. Se decide iniciar tratamiento con vismodegib a dosis de 150 mg al día vía oral en los tres pacientes, tratamiento con el que los pacientes presentan una remisión clínica prácticamente total de las lesiones (a la espera de confirmación histológica) y con muy buena tolerancia, sin la presencia de efectos secundarios a destacar.

Conclusión. Vismodegib inhibe la proteína transmembrana Smoothed que habitualmente conduce a la activación y la localización nuclear de los factores de transcripción de oncogén asociados a glioma y la inducción de los genes diana Hedgehog. La posología habitual es de una cápsula de 150 mg una vez al día y no es necesario un ajuste de dosis en pacientes \geq 65 años. Actualmente constituye una alternativa terapéutica en el caso de carcinoma basocelular avanzado como tratamiento curativo en monoterapia o como tratamiento previo a una cirugía menos agresiva en el caso de respuesta parcial.

P69. ANÁLISIS DE CÓDIGOS CIE EN CONSULTA PRESENCIAL Y TELECONSULTAS EN HGUCR (2007-2016): NECESIDAD DE IMPULSAR LA DERIVACIÓN PREFERENCIAL DEL CÁNCER PIEL VÍA TD

G. Romero-Aguilera, M. Rogel-Vence, M. Franco-Muñoz, P. Sánchez-Caminero y J.A. Garrido-Martín

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

Antecedentes. Desde 2007 utilizamos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) el sistema de información (SI) DERCAM que obliga a codificación CIE para consulta presencial y teleconsulta. Actualmente se utiliza para TD en todo SESCOAM. Hay pocos estudios analizando diagnóstico codificando en consultas externas, en ninguna disciplina, incluido dermatología. Nuestro objetivo fue comparar el case-mix de derivaciones presenciales y por teleconsulta.

Métodos. DERCAM permite teleconsultas (TC) desde primaria con solo dos requisitos, incluir una imagen y un diagnóstico CIE. No se restringe por patología. El SI obliga al dermatólogo a emitir un diagnóstico CIE en TC y consulta presencial (CP), y permite diagnósticos diferenciales. Para este análisis solo consideramos el primer diagnóstico y la primera consulta, no sucesivas.

Resultados. Se respondieron entre 2007-16 12.054 TC en 9 hospitales del SESCOAM (> 50% del HGUCR). En ese periodo (2007-16) hubo 56.894 primeras CP en el HGUCR. Del total de esas 68.948 consultas el 48% son tumores, 31% benignos y 13,5% malignos (cáncer y precáncer). El segundo grupo más frecuente fue la patología aneja 11,2% (incluyendo acné y alopecia), seguido de infecciosa 10,4%, eccemas 7,1% y dermatosis eritematoescamosas 5,7%. La patología derivada por vía convencional difirió de la derivada por TC (χ^2 1176,088 y $p = 0,0000$). Se remite por TD más cáncer y eccema, y menos acné y alopecias ($p = 0,000$) No hubo sin embargo más derivación de melanoma por TD. El código "sin diagnóstico" fue menos usado en CP 1,9 vs. 6% en TC (OR: 2,94).

Conclusiones. Obligar a la codificación en el diario de consulta permite análisis epidemiológicos de gran interés por su originalidad y relevancia. La TD en CLMancha es una realidad en fase de explotación, con un uso en auge pero aun proporcionalmente escaso. El MAP utiliza la TD para derivación preferente de cáncer o patología aguda (P. rosada, Eccemas), en detrimento de la patología de curso crónico (infección por VPH, acné o alopecias). Hay importante derivación por ambas vías de patología banal, en especial tumores benignos. Nuestros resultados coinciden con los del estudio DIADERM: la derivación por TC está infrutilizada. Es crucial impulsar la derivación preferencial del cáncer por TD con objetivos de priorización y cribado.

P70. UTILIDAD DE LA CERA PARA HUESOS TRAS EXTIRPACIÓN DE TUMORES CUTÁNEOS DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

A. Ortiz Prieto, A. Padiá Gómez-Torrente y J. Márquez Enríquez

Servicio de Dermatología. Hospital de Jerez. España.

Antecedentes y objetivos. En la cirugía dermatológica la cicatrización por segunda intención es una alternativa a la reconstrucción quirúrgica mediante cierre directo, colgajo o injerto. Aunque supone un mayor tiempo en la curación de la herida, tiene la ventaja oncológica de que no implica movimiento de planos cutáneos adyacentes, y por tanto no esconde posibles focos tumorales en profundidad. Los pacientes ancianos con alto riesgo quirúrgico (ASA III-IV) y tumores cutáneos mayores de 2 cm tienen mayor riesgo de complicaciones asociadas a la cirugía, siendo útil el cierre por segunda intención para acortar tiempos quirúrgicos. La cera para huesos es un material biológicamente inerte que no ocasiona alergia cutánea ni dermatitis irritativa. No se absorbe y permanece en la herida sin adherirse a ella, siendo un material maleable. Estas cualidades hacen que sea eficaz como apósito estéril para la formación de tejido de granulación en cirugías con exposición ósea y cartilaginosa.

Métodos. Serie de casos de pacientes ancianos tratados mediante extirpación de carcinomas cutáneos no melanomas y cierre mediante segunda intención, utilizando cera para huesos como apósito estéril tras la cirugía.

Resultados. El tiempo quirúrgico de las intervenciones ha sido inferior a 15 min en todos los casos. Todos los tumores han sido extirpados con márgenes libres y ninguno de los pacientes tratados mediante esta técnica ha necesitado reconstrucción posterior. En cuanto a complicaciones posquirúrgicas, dos de los pacientes han presentado infección del lecho quirúrgico resueltas con antibioterapia oral. Ninguno ha necesitado tratamiento para el dolor durante las curas posquirúrgicas y el tiempo medio de cicatrización completa fue de dos meses.

Conclusiones. La cera para huesos puede constituir una alternativa terapéutica para pacientes ancianos con alto riesgo quirúrgico,

acortando el tiempo de la cirugía y evitando técnicas más complejas que pueden conllevar mayor morbilidad.

P71. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA-PATOLÓGICA DEL CARCINOMA DE ANO EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

C. Salas Márquez^a, J.B. Repiso Jiménez^a, T. Pereda Salguero^b, C. García Harana^a y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Antecedentes y objetivo. El carcinoma escamoso anal (CA) está aumentando su incidencia, estimándose una incidencia anual, en algunas series, de hasta el 0,8-1,8 casos/100.000 habitantes con una mortalidad de hasta el 40% a los 10 años. Actualmente es una neoplasia más prevalente en mujeres, pero están aumentando los casos asociados a VIH en hombres que tiene sexo con hombres. Se ha demostrado una clara relación con el virus del papiloma humano. Esto abre un importante camino en la prevención de la infección y el tratamiento de las neoplasias intraepiteliales que las preceden. Describimos las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados en nuestro centro.

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a partir de todos los resultados histológicos compatibles con "carcinoma escamoso anal" de la base de datos del servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro entre los años 1998 y 2018.

Resultados. Recogimos 21 mujeres y 15 hombres, con una edad media de 60 años. Veintitrés de los tumores se localizaron en canal anal, 6 canal anal/recto, 2 en canal anal/perianal y 5 a nivel perianal. Nueve se diagnosticaron en estadios avanzados, con metástasis ganglionares locorregionales y/o metástasis a distancia. Diez carcinomas se informaron como moderadamente diferenciados, 2 pobremente diferenciados y 14 bien diferenciados. Se evidenciaron 7 recidivas y/o progresiones y 15 fallecimientos durante el seguimiento. Tres de las mujeres presentaron cáncer de cérvix, 2 de ellas antes del diagnóstico. Seis de los pacientes eran VIH, 2 mujeres y 4 varones.

Conclusiones. La aparición de nuevos casos en pacientes VIH, algunos de ellos receptores anales, hace necesario en estos pacientes el despistaje de neoplasias intraepiteliales mediante citología y la inspección periódica anal. El CA es una de las neoplasias no definitivas de sida más comunes en la era de la terapia antirretroviral combinada y su precursor, la neoplasia intraepitelial anal de alto grado, tiene una alta prevalencia en pacientes VIH. La presencia de neoplasias intraepiteliales o cáncer escamoso en otras localizaciones genitales o en cérvix de la mujer es considerada por muchos autores motivo de inclusión en los programas de prevención de cáncer de ano.