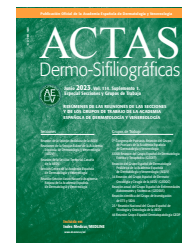




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

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

Madrid, 24-26 de noviembre de 2022

### Comunicaciones orales

#### Cirugía

##### 1. RECONSTRUCCIÓN DE LA ZONA PERIAURICULAR EN CIRUGÍA DE MOHS

A.G. Greco

*Servicio de Dermatología. Fundación Hospital del Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). España.*

**Introducción y objetivo.** El objetivo de la presentación es comentar la experiencia en cirugía de Mohs realizada en el Hospital desde el comienzo del servicio en enero de 2020. Enfocaremos la ponencia a los casos localizados en región periauricular con el objetivo de comentar las diferentes formas de reconstruir el defecto final.

**Métodos.** Desde enero 2020, hasta julio 2022 el servicio de cirugía de Mohs del hospital ha realizado un número total de 164 cirugías para el tratamiento del cáncer de piel no melanoma: el 76,2% por carcinoma basocelular, el 20,7% por carcinoma escamoso y el 3,1% otros tumores. Considerando todos los casos tratados, 36 estuvieron localizados en región periauricular. De estos, 5 se reconstruyeron con cierre directo, 30 con la aplicación de una única técnica reconstructiva, es decir, uno mediante injerto de piel total, uno mediante segunda intención y 28 mediante colgajo, y un caso a través de una combinación de múltiples técnicas quirúrgicas.

**Resultados.** El propósito de la presentación es comentar los resultados obtenidos durante la actividad del servicio de cirugía de Mohs y, sucesivamente, exponer los 3 casos quirúrgicos más representativos localizados en región periauricular que terminaron con un defecto final complejo que necesitó de un enfoque reconstructivo adecuado.

**Conclusiones.** El primer objetivo de la reconstrucción posterior a cirugía de Mohs es la restauración funcional de la zona afectada y a esto se añade la necesidad de conservar el aspecto y el equilibrio estético de los tejidos y órganos involucrados. En cirugía de Mohs

no es posible predecir la entidad del defecto final, por esta razón el cirujano de Mohs necesita dominar las técnicas reconstructivas y adaptarlas a las necesidades del momento. El resultado optimal es conseguir la reconstrucción funcional y lograr situar lo más posible las suturas entre las líneas naturales de la piel.

##### 2. COLGAJO EN ISLA PARA RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO INFERIOR: UNA SERIE DE CASOS

L. Fernández Domper<sup>a</sup>, F. Mayo Martínez<sup>b</sup>, L. Mascarell Escrivá<sup>b</sup>, B. Llombart Cussac<sup>b</sup>, C. Serra Guille<sup>b</sup>, O. Sanmartín Jiménez<sup>b</sup> y C. Guillen Barona<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>b</sup>Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. España.*

**Introducción.** La reconstrucción de defectos quirúrgicos en el párpado inferior supone un reto para el cirujano debido a sus peculiaridades anatómicas, consideraciones estéticas, así como a su relación directa con el globo ocular y la función visual. Actualmente, existen múltiples opciones quirúrgicas para reconstrucción de párpado inferior, incluyendo diferentes colgajos, injertos y combinaciones de ellos. Entre las opciones favoritas se encuentran: colgajo de Tenzel o de avance lateral, Tripiet clásico o colgajo musculocutáneo de transposición del párpado superior, colgajo de Fricke o supraorbitario y colgajo de Imre o de rotación de piel de mejilla infraorbitaria. Sin embargo, debemos plantear posibles alternativas en los casos en que estas opciones no sean las óptimas. El colgajo en isla de pedículo subcutáneo es una buena alternativa reconstructiva para muchos defectos pequeños y circulares, en los que la laxitud del tejido es mínima, y en defectos que cruzan múltiples unidades estéticas.

**Objetivo.** El objetivo de nuestro estudio fue determinar la utilidad del colgajo en isla para la reconstrucción de defectos tras cirugía oncológica en párpado inferior, en términos de restauración de la estructura y función del párpado, y lograr una apariencia estética aceptable.

**Métodos.** Se llevo a cabo un estudio de serie de casos unicéntrico con los casos intervenidos en el Instituto Valenciano de Oncología (IVO) entre abril 2019 y abril 2022.

**Resultados.** Se recogieron un total de 11 casos en los que se había realizado una reconstrucción quirúrgica mediante colgajo en isla tras la extirpación de tumores en el párpado inferior. De ellos, 8 eran carcinomas basocelulares extirpados mediante cirugía de Mohs y 3 carcinomas epidermoides extirpados mediante exéresis con margen amplio. Tres casos que presentaban afectación de la lamela posterior requirieron asociar un injerto de cartílago condral para reconstrucción del tarso inferior. El resultado estético y funcional fue aceptable en todos los casos y ninguno de ellos presentó complicaciones ni recidivas durante el seguimiento.

**Conclusiones.** El colgajo en isla de pedículo subcutáneo es una opción eficaz y segura para la reconstrucción de defectos quirúrgicos en párpado inferior.

### 3. ABRA ADHESIVE SKIN CLOSURE EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE EXTREMIDADES INFERIORES

B. Butrón-Bris, I. Lladó, A. Fernández-Galván, E. Muñoz-Aceituno, R. Navarro, P. Rodríguez-Jiménez, E. Gallo e Y. Delgado-Jiménez

*Servicio de Dermatología. Hospital de La Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** El cierre y cicatrización de defectos quirúrgicos en miembros inferiores secundarios a la extirpación de lesiones cutáneas malignas resulta en muchas ocasiones un reto (falta de distensión de la piel, compromiso vascular y elevada tensión a la que se ven expuestas las suturas, etc.). La utilización de injertos y colgajos requiere importantes cuidados postoperatorios y la necesidad de un adecuado aporte vascular, situación que no siempre es posible, especialmente en aquellos pacientes de edad avanzada.

**Objetivo.** La finalidad de nuestro estudio fue conocer la evolución de los pacientes en los que se utilizó el dispositivo ABRA adhesive skin closure para el cierre de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en miembros inferiores.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo de los casos de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en miembros inferiores (cuya reconstrucción no era posible mediante cierre directo) resueltos por medio del uso del dispositivo ABRA adhesive skin closure en el año 2022 en el Hospital Universitario de La Princesa. Se obtuvieron variables demográficas y de la patología tumoral: tipo de neoplasia, tamaño y localización. Se tuvo en cuenta las complicaciones inmediatas y el resultado estético final al cabo de un mes de la cirugía.

**Resultados.** Se incluyeron 10 pacientes y 11 intervenciones. Todos los pacientes presentaron cáncer cutáneo no melanoma de tamaño medio (15-30 mm) y localización pretibial. La edad media de los pacientes fue 73,3 años (54-92). Se detectó una dehiscencia parcial de sutura secundaria a sobreinfección de herida quirúrgica y la pérdida de injerto de Burow. Se obtuvieron adecuados resultados estéticos en todos los casos.

**Conclusiones.** La utilización del dispositivo ABRA adhesive es una técnica sencilla y segura que permite la realización de cierres directos de defectos quirúrgicos en miembros inferiores no subsidiarios para este tipo de reconstrucción sin la utilización del dispositivo. Con su uso conseguimos disminuir la tensión en los bordes de la sutura, permitiendo una adecuada cicatrización y evitando complicaciones posquirúrgicas, especialmente en aquellos pacientes de edad avanzada con dificultades para desplazarse a las curas de cirugías más complejas o en quienes una dehiscencia de sutura puede generar una úlcera cutánea con una curación lenta y tediosa.

### 4. INJERTO DERMOGRASO EN RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE ALA NASAL, SERIE DE 5 CASOS

Á. Ayén Rodríguez, M.D. Pegalajar García, J.M. Llamas Molina, T. Ródenas Herránz, F.M. Almazán Fernández y R. Ruiz Villaverde

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

La reconstrucción de los defectos en el ala nasal constituye un reto quirúrgico dermatológico debido a su particular morfología, su rigidez funcional y la importancia de un buen resultado estético. En este contexto, el injerto dermograso representa una alternativa interesante a considerar. Presentamos una serie de cinco casos de carcinomas basocelulares localizados en ala nasal que, tras su exéresis quirúrgica, fueron reconstruidos mediante un injerto dermograso. Se trata de 5 varones, de edades comprendidas entre 56 y 75 años, que recibieron cirugía de Mohs previamente a la reconstrucción. Todos recibieron profilaxis antibiótica, presentando complicaciones posquirúrgicas en la zona donante en dos casos. El tiempo medio de reepitelización fue de 25 días, con excelente resultado estético y buena conservación funcional.

**Discusión.** El injerto dermograso está compuesto por dermis y su grasa subyacente. El componente dérmico contiene vasos y factores proangiogénicos que promueven la vascularización, permitiendo una curación acelerada. Estas características ofrecen una serie de ventajas en comparación con otras alternativas de reconstrucción en los defectos quirúrgicos del ala nasal. Los colgajos locales generan cicatrices de mayor tamaño, y pueden producir distorsión tisular o asimetría nasal. Además, en casos de recidiva tumoral, el tejido fibrótico dificulta la movilización y la supervivencia del colgajo. En cuanto a la cicatrización por segunda intención, aunque evita incisiones quirúrgicas adicionales, prolonga de manera importante el tiempo de cicatrización. Además, este tipo de reconstrucción, junto a los injertos de piel de espesor total, puede no proporcionar el volumen o el color óptimos. En contraposición, el injerto dermograso se puede adaptar fácilmente a la forma de la zona receptora, además de permitir la reepitelización de la capa epidérmica con la misma apariencia que la piel circundante, consiguiendo una estructura más resistente al colapso y retracción. El tiempo de cicatrización es más corto que en la cicatrización por segunda intención (cuatro semanas). Las propiedades proangiogénicas permiten que, en caso de recidiva, donde el tejido fibrótico podría dificultar el restablecimiento de la perfusión y la supervivencia de la reconstrucción, sea una opción a considerar. Finalmente, en caso de bordes afectos permite la no distorsión de la zona intervenida.

### 5. CONTROL DE MÁRGENES INTRAOPERATORIO MEDIANTE INMUNOMOHS EN CONGELADO CON SOX10 EN PACIENTES CON LENTIGO MALIGNO

M. Alegre<sup>a</sup>, D. Morgado<sup>a</sup>, J. Pérez<sup>a</sup>, I. Martí<sup>a</sup>, R. Albero-González<sup>b</sup>, L. Alós<sup>b</sup>, P. Castillo<sup>b</sup>, N. Castrejón<sup>b</sup>, N. Pina<sup>b</sup>, C. Godoy<sup>b</sup>, C. Carmona<sup>b</sup>, A. Martínez<sup>b</sup>, A. García<sup>b</sup>, A. Toll<sup>a</sup> y S. Puig<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.*

**Introducción.** La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica ampliamente reconocida para el tratamiento del carcinoma basocelular y escamoso. En cambio, para el lentigo maligno, la visualización y correcta interpretación del melanocito es muy difícil en los cortes congelados, por lo que se hace necesario recurrir a técnicas de inmunohistoquímica. El factor de transcripción SOX10 está implicado en la diferenciación de las células progenitoras de la cresta neural a melanocito y se ha demostrado útil como marcador nuclear de melanoma. Presentamos una serie de 24 pacientes con

lentigo maligno de cara en los que se ha realizado la técnica en “espagueti” e inmunomohs con SOX10 para delimitar el margen quirúrgico intraoperatorio de estas lesiones.

**Objetivo.** Evaluar la sensibilidad y especificidad en congelado de la tinción de melanocitos con SOX10 en fragmentos obtenidos mediante la técnica en “espagueti” de lentigos malignos de la cara.

**Métodos.** En cada paciente se realiza un margen lateral mediante un bisturí de doble hoja de 2,5 mm y se obtienen fragmentos de 1,5-2 cm de longitud. Cada corte se congela y tiñe con hematoxilina&eosina y SOX10 según protocolo establecido (ref. K47040-a A, Novodiya, Inc.), en un tiempo total de 12 min. Como control interno de la técnica, se evalúa la presencia de melanocitos normales y/o la de células mioepiteliales en las glándulas sudoríparas. Todos los cortes se incluyen posteriormente en parafina para doble verificación.

**Resultados.** Un total de 13 hombres y 11 mujeres con una mediana de edad de 69 años son incluidos en el estudio. La localización más frecuente es la mejilla (10), seguido de la nariz (6), párpado (3), frente (3) y labio (2). Se examinan un total de 176 cortes para inmunomohs con SOX10. En 2 cortes la interpretación no es posible por problemas técnicos. Se identifica positividad para lentigo maligno en muestras de 9 pacientes con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%. La correlación con hematoxilina&eosina en parafina es del 100%.

**Conclusiones.** El inmunomohs con SOX10 para delimitar el margen quirúrgico del lentigo maligno ha demostrado ser una técnica eficaz y de extrema importancia para evitar segundos tiempos quirúrgicos, descartando la persistencia tumoral y la eventual progresión a melanoma invasivo.

## 6. INJERTO DERMOGRAZO EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL ÁREA NASAL, UNA TÉCNICA SENCILLA CON BUENOS RESULTADOS ESTÉTICOS

E. Gallo Gutiérrez, B. Butrón Bris, P. Rodríguez Jiménez, I. Lladó Fernández, R. Navarro Tejedor, Y. Delgado Jiménez y E. Daudén Tello

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La reconstrucción del área nasal después de la cirugía oncológica puede suponer un reto. Los colgajos suelen ser la opción quirúrgica más estética; sin embargo, desde un punto de vista oncológico, no es la mejor opción. Presentamos el uso del injerto dermograso como una opción sencilla y con buenos resultados estéticos en estos defectos.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo desde diciembre de 202 hasta enero de 2022 en el que incluimos a aquellos pacientes que fueron sometidos a cirugía oncológica cutánea en área nasal y en los que se optó por el injerto dermograso como opción reconstructiva.

**Resultados.** Un total de 13 pacientes (5 mujeres, 8 varones), con edades comprendidas entre los 65 y los 93 años fueron incluidos. Se extirparon un total de 13 tumores cutáneos (11 carcinomas basocelulares mediante un carcinoma epidermoide mediante extirpación simple, y un carcinoma basocelular mediante cirugía de Mohs que precisó de 2 pases). Seis tumores se localizaban en ala nasal, 4 en la punta nasal y 3 en vertiente nasal. Las áreas donantes fueron la extremidad superior, la región preauricular y la región supraclavicular. La parte superior del injerto se obtuvo a nivel de la dermis papilar, mientras que la parte profunda del injerto incluía una capa de tejido celular subcutáneo. El injerto se colocó manteniendo el tejido graso en la base del defecto, procediendo a suturarlo con puntos simples. Practicamos curas húmedas en todos los casos. No registramos complicaciones en las zonas donantes.

**Discusión.** El injerto dermograso aporta ventajas respecto a otras opciones reconstructivas como el almohadillado de grasa en el le-

cho quirúrgico del injerto, que permite que el injerto no quede deprimido. La ausencia de epidermis en el injerto permite la reepitelización desde la piel sana, obteniendo una piel de aspecto similar a la de la zona del defecto. Además, desde un punto de vista oncológico, es más seguro que los colgajos, puesto que no se cambia la dirección de la cicatriz.

**Conclusiones.** El injerto dermograso es una opción sencilla y con buenos resultados estéticos en la cirugía oncológica del área nasal.

## 7. REPARACIÓN DE DEFECTOS EN CANTO INTERNO Y REGIÓN INFRAORBITARIA MEDIANTE COLGAJO DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO PARAMEDIAL FRONTAL

B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, J. Hernández-Gil Sánchez y M.E. Giménez Cortés

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

**Introducción y objetivo.** El colgajo paramedial frontal es un colgajo mio-cutáneo con un pedículo vascular axial derivado de la arteria supratroclear que clásicamente se ha considerado de elección para la reconstrucción de defectos nasales grandes. El objetivo del presente trabajo es valorar la aplicabilidad de este tipo de colgajo para reparar un defecto que implica el párpado inferior.

**Paciente y método.** Se presenta el caso de un varón de 72 años con una lesión pigmentada y ulcerada de 1 cm de diámetro y 4 años de evolución localizada en vertiente nasal izquierda, extendiéndose hasta alcanzar el párpado inferior izquierdo. Con el diagnóstico de lentigo maligno melanoma se realizó exéresis de la lesión con márgenes de 0,5 cm. El análisis histológico mostró un Breslow de 4,8 mm. En un segundo tiempo, se realizó una ampliación de márgenes de 2 cm, incluyendo el párpado inferior, y se reparó el defecto con un colgajo paramedial frontal procedente de la región frontal contralateral a la lesión. La zona donante se reparó mediante sutura directa y colgajo de avance. Tres semanas después, en un tercer tiempo, se realizó exéresis del pedículo del colgajo y se suturaron los extremos.

**Resultados.** No se produjeron complicaciones postoperatorias derivadas del procedimiento y al cabo de 3 meses el paciente presentaba buena movilidad del párpado inferior izquierdo, sin epífora y sin exposición de la córnea. Los resultados estéticos fueron aceptables.

**Conclusiones.** El colgajo paramedial frontal constituye la técnica de elección en la reconstrucción de defectos nasales mayores de 2 cm, ofreciendo excelentes resultados gracias a su semejanza en cuanto a textura y color y a la buena vascularización de la región frontal. No obstante, su uso también puede extenderse a defectos localizados en la región infraorbitaria con buenos resultados estéticos y funcionales.

## 8. BASCOM'S CLEFT LIFT PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SINUS PILONIDAL: UNA SERIE DE CASOS

A. Morelló Vicente, J. Antoñanzas Pérez, I. Oteiza Rius, E.M. Gómez González y R. Salido Vallejo

*Servicio de Dermatología. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona). España.*

**Introducción y objetivo.** El sinus pilonidal es una patología cutánea localizada en el área sacrococcígea, caracterizada por cursar de forma recurrente por brotes de nódulos inflamatorios y supurativos. Se ha relacionado con otras alteraciones del folículo pilosebáceo como el acné, la hidrosadenitis o la foliculitis. El tratamiento más comúnmente utilizado es el quirúrgico, pudiendo realizarse técnicas más conservadoras, como la escisión de “pits” o la marsupialización, o llevar a cabo cirugías más amplias. A pesar de la variedad de técnicas

descriptas, el número de complicaciones posquirúrgicas y recurrencias sigue siendo elevado. Presentamos una serie de pacientes tratados en nuestro centro de sinus pilonidal mediante la técnica Bascom's cleft lift.

**Métodos.** Se recogieron variables demográficas, de eficacia (tasa de recurrencia) y seguridad (complicaciones posquirúrgicas) de los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante esta técnica durante los últimos 2 años.

**Resultados.** Un total de 7 pacientes con edades comprendidas entre los 16 y 29 años fueron incluidos en el estudio. El 70% eran varones con una evolución media del sinus pilonidal de 9 meses. Ninguno de los pacientes ha presentado recurrencia de la enfermedad tras un seguimiento medio de 16 meses y ninguno de ellos tuvo complicaciones relevantes, excepto un caso en el que se requirió resutura por dehiscencia.

**Conclusiones.** La técnica Bascom's cleft lift es un procedimiento quirúrgico sencillo, que aborda directamente la causa de la enfermedad y que permite reducir la recurrencia y las complicaciones posquirúrgicas. En nuestra experiencia, es una técnica que presenta buenos resultados y que debe ir siempre acompañada de medidas no quirúrgicas como la depilación y las buenas medidas higiénicas.

## 9. CIRUGÍA FUNCIONAL DE LA UÑA: RESULTADO ESTÉTICO Y FUNCIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA SUBUNGUEAL EN UNA SERIE DE 5 CASOS

L. Armillas-Llitas<sup>a</sup>, J. Arandes-Marcocci<sup>a</sup>, A. Lázaro-Simó<sup>a</sup>, J. Serra-Llobet<sup>a</sup>, M. Fernández-Figueras<sup>b</sup> y M. Salleras-Redonnet<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud. Barcelona. España.*

La cirugía funcional del aparato ungueal (CFAU) es una técnica quirúrgica que permite la conservación de la falange en el tratamiento del melanoma subungueal (MSU). La reconstrucción en estos casos a veces supone un reto, por lo que son necesarias alternativas a los colgajos e injertos. Recogemos el resultado estético y funcional de cinco pacientes tratados con CFAU durante los dos últimos años. Todos ellos fueron diagnosticados de MSU in situ. En cuatro casos afectó a la mano dominante, en tres de los cuales al pulgar y en uno al segundo dedo. En el último caso, el dedo afecto fue el primer dedo del pie. Se realizó CFAU, obteniendo márgenes quirúrgicos libres de lesión en todos los casos. La técnica reconstructiva usada en el MSU con afectación del dedo del pie fue el injerto, mientras que en el resto fue la plicatura con aproximación forzada. Todos ellos presentaron una rápida recuperación con un resultado estético y funcional muy satisfactorio. La CFAU consiste en la extirpación de todo el aparato ungueal hasta el periostio. Actualmente, no se encuentran recomendaciones en las guías que incluyan la CFAU como tratamiento de los MSU debido a la proximidad del aparato ungueal a la falange, por lo que la amputación sigue siendo el tratamiento de elección. Sin embargo, en los últimos años, se ha recogido cada vez más evidencia a favor de la CFAU como alternativa a la amputación en MSU pues no empeora el pronóstico y mejora el resultado funcional y estético. La mayoría de estos estudios proponen la CFAU en MSU in situ o de escaso grosor. Como opción reconstructiva, se ha utilizado sobre todo el cierre mediante injerto. Sin embargo, existen pocos casos en los que se describan otras técnicas como la plicatura con aproximación forzada. Esta técnica consiste en aproximar los bordes hacia el fondo de la herida, favoreciendo la cura por segunda intención. Dicho procedimiento ofrece numerosas ventajas, como un menor tiempo operatorio, la no modificación del campo quirúrgico, la no necesidad de una zona dadora y un buen resultado estético y funcional. En conclusión, presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del MSU con CFAU en cinco pacientes. En la mayoría de ellos se realizó el cierre mediante plicatura con aproximación forzada y todos los casos presentaron un excelente resultado funcional y estético.

## 10. COLGAJOS "READING MAN" Y KEYSTONE EN EXTREMIDADES

A. Sirgado Martínez, A. Conde Taboada, A. García Mares, R. Moreno Borque, L. Campos Muñoz y E. López Bran

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.*

La cirugía dermatológica en extremidades supone un reto para el cirujano. Los cierres primarios de defectos grandes se ven dificultados por la poca elasticidad cutánea de estas regiones. Asimismo, especialmente en pacientes ancianos, existe una vascularización periférica deficiente que contraindica el uso de ciertos colgajos y lleva a la pérdida de los injertos en muchos casos.

**Material y métodos.** Hemos hecho una revisión retrospectiva de los colgajos más utilizados en nuestro servicio para el cierre de defectos en extremidades en los últimos meses. Los colgajos más empleados para ello han sido los keystone. Sin embargo, en casos seleccionados hemos utilizado el colgajo "Reading man". Se han revisado los resultados estéticos y funcionales de dichas intervenciones.

**Resultados.** Se presentan los datos demográficos de los pacientes intervenidos, así como las características de los tumores extirpados y los resultados estéticos y funcionales. Las complicaciones más frecuentes fueron infecciones y necrosis de la herida quirúrgica, siendo más frecuentes en los pacientes intervenidos con el colgajo "Reading man".

**Discusión.** El colgajo "Reading man" es un colgajo inicialmente descrito en 2008 para su uso en regiones faciales para el cierre de defectos circulares. Existen pocos casos descritos del uso de estos colgajos en extremidades. Se trata de una Z-plastia asimétrica que permite un cierre con poca tensión y mínimo exceso de tejido. En nuestra revisión de la literatura, existen tres casos descritos de su uso en extremidades inferiores y ninguno en extremidades superiores. Por otra parte, el colgajo keystone es un colgajo fasciocutáneo en isla descrito por Beham en 2003. Se ha utilizado ampliamente tanto en extremidades superiores como inferiores con buenos resultados funcionales y estéticos. Sin embargo, su irrigación depende de las arterias y venas perforantes, por lo que su orientación tiene que ser paralela al eje del paquete vasculonervioso. En nuestra revisión retrospectiva de colgajos en extremidades, los colgajos "Reading man" presentaron una mayor proporción de infecciones y necrosis. No obstante, a la hora de diseñarlos, son colgajos más versátiles que los tipo keystone, ya que estos deben seguir el eje longitudinal de la extremidad.

## 11. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN DE UNA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS COMPLEJA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

T. Montero-Vilchez<sup>a</sup>, J.R. Garcés<sup>b,c</sup>, M.A. Rodríguez-Prieto<sup>d</sup>, V. Ruiz-Salas<sup>b,c</sup>, E. de Eusebio-Murillo<sup>e</sup>, R. Miñano-Medrano<sup>f</sup>, B. Escutia-Muñoz<sup>g</sup>, B. González-Sixto<sup>h</sup>, J.L. Artola-Igarza<sup>i</sup>, A. Alfaro-Rubio<sup>j</sup>, P. Redondo<sup>k</sup>, Y. Delgado-Jiménez<sup>l,m</sup>, J.M. Sánchez-Schmidt<sup>n</sup>, I. Allende-Markixana<sup>n</sup>, María L. Alonso-Pacheco<sup>o</sup>, B. García-Bracamonte<sup>o</sup>, P. de la Cueva-Dobao<sup>q</sup>, R. Navarro-Tejedor<sup>m</sup>, C. Ciudad-Blanco<sup>r,s</sup>, L. Carnero-González<sup>t</sup>, H. Vázquez-Veiga<sup>u</sup>, N. Cano-Martínez<sup>u,s</sup>, E. Vilarrasa<sup>b,c</sup>, P. Sánchez-Sambucety<sup>v</sup>, J.L. López-Esteban<sup>z</sup>, R. Botella-Estrada<sup>z</sup>, J.C. Feal-Cortizas<sup>h</sup>, A. Martorell-Calatayud<sup>d</sup>, P. Gil<sup>k</sup>, V. Morales-Gordillo<sup>l</sup>, A. Toll-Abelló<sup>n</sup>, I. Ocerin-Guerra<sup>n</sup>, M. Mayor-Arenal<sup>o</sup>, R. Suárez-Fernández<sup>r</sup>, L. Sainz-Gaspar<sup>u</sup>, M.A. Descalzo<sup>v</sup>, I. García-Doval<sup>w</sup>, O. Sanmartín-Jiménez<sup>z</sup>; en representación de REGESMOHS (Registro Español de Cirugía de Mohs)

*<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>c</sup>Centro Médico Teknon. Barcelona, <sup>d</sup>Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

<sup>c</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Guadalajara. <sup>d</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>e</sup>Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>f</sup>Complejo Hospitalario Hospitalario. Pontevedra. <sup>g</sup>Hospital de Galdakao. <sup>h</sup>Hospital Manises. Valencia. <sup>i</sup>Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>j</sup>Hospital Universitario Quirón Salud. Madrid. <sup>k</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>l</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>m</sup>Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. <sup>n</sup>Hospital La Paz. Madrid. <sup>o</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>p</sup>Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>q</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>r</sup>Hospital La Zarzuela. Madrid. <sup>s</sup>Hospital Universitario Araba. Vitoria. <sup>t</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago Compostela. <sup>u</sup>Fundación Piel Sana Academia Española de Dermatología. Madrid. <sup>v</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. <sup>w</sup>Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Introducción y objetivo.** Es necesario desarrollar un algoritmo sencillo para identificar a los pacientes que probablemente necesiten una cirugía micrográfica de Mohs (CMM) compleja y optimizar su programación. Los principales objetivos de este estudio son identificar los factores asociados a una CMM compleja y desarrollar un modelo predictor del número de estadios necesarios en la cirugía y de la necesidad de un cierre complejo.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio de cohorte prospectivo de ámbito nacional (REGESMOHS, Registro Español de Cirugía de Mohs) y se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular. Se exploraron los factores relacionados con 3 o más estadios y un cierre complejo (colgajo y/o un injerto) y se construyeron y validaron modelos predictivos.

**Resultados.** En el registro REGESMOHS se incluyeron 5226 pacientes tratados mediante una CMM, de los cuales 4402 (84%) tenían un diagnóstico histológico de carcinoma basocelular. Necesitaron solo uno o dos estadios 3689 (88,9%) cirugías y 460 (11,1%) requirieron 3 o más estadios. El modelo para predecir la necesidad de 3 o más estadios incluyó la dimensión del tumor, la inmunosupresión, la recidiva, la localización en zonas de riesgo, la agresividad histológica y la cirugía previa. En cuanto al tipo de cierre, 1616 (38,8%) cirugías se cerraron con una técnica de cierre no compleja y 2552 (61,2%) necesitaron un cierre complejo. El modelo para predecir la necesidad de un cierre complejo incluyó la agresividad histológica, el tiempo de evolución, la edad del paciente, la dimensión máxima del tumor y la localización.

**Conclusiones.** Presentamos un modelo para predecir la necesidad de una CMM que requiera  $\geq 3$  estadios y un cierre complejo basado en datos epidemiológicos y clínicos validados en una población amplia (con variabilidad en la práctica real) que incluye diferentes centros y que podría ser fácilmente implementado en la práctica clínica. Este modelo podría utilizarse para optimizar la programación de la cirugía e informar adecuadamente a los pacientes sobre la duración de la misma.

<sup>x</sup>Servicio de Dermatología. <sup>y</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>z</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>aa</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>ab</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>ac</sup>Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. <sup>ad</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>ae</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>af</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>ag</sup>Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>ah</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. <sup>ai</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>aj</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa. <sup>ak</sup>Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. <sup>al</sup>Hospital General de Granollers. <sup>am</sup>Hospital Universitari Son Espases. Palma. <sup>an</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. <sup>ao</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

**Introducción y objetivo.** Las satelitosis o metástasis en tránsito (S-MET) no se incluyen en los sistemas de estadificación del carcinoma escamoso cutáneo (CEC). Recientemente se ha demostrado que confieren un riesgo de recaída tumoral (RT) y mortalidad específica (ME) similar a las metástasis ganglionares. Bajo el supuesto de que no todas las S-MET en CEC son iguales, el presente estudio pretende determinar qué factores confieren un riesgo de RT o ME aumentado.

**Métodos.** Estudio retrospectivo y multicéntrico, en el que incluimos a pacientes con CEC que desarrollaron lesiones dérmicas entre el tumor primario (TP) y los primeros ganglios linfáticos, S-MET, al diagnóstico o durante el seguimiento del TP. Se excluyeron los casos con otros tipos de metástasis simultáneas o previas a la/s S-MET. Se recogieron las características epidemiológicas, clinicopatológicas y los tratamientos recibidos del TP y de la/s S-MET. El modelo de riesgos competitivos Fine Gray fue utilizado para determinar el riesgo de RT (local, nueva S-MET, ganglionar o visceral) y de ME desde el diagnóstico de la/s S-MET.

**Resultados.** Ciento once pacientes fueron evaluados. De estos, 23 fueron excluidos por presencia previa o simultánea de metástasis ganglionares y 2 por viscerales, quedando finalmente 88 pacientes que fueron incluidos en el análisis. Los análisis univariante y multivariante mostraron que un tamaño de S-MET  $> 18$  mm (SHR 3,07;  $p < 0,001$ ), un número de S-MET  $> 5$  (SHR 2,32;  $p = 0,017$ ) y una invasión profunda ( $> 6$  mm o  $>$  subcutáneo) del TP (SHR 2,82;  $p = 0,003$ ) se asocian a un mayor riesgo de RT. De forma similar, un tamaño de S-MET  $> 18$  mm (SHR 2,37;  $p = 0,044$ ) y un número de S-MET  $> 5$  lesiones (SHR 3,64;  $p = 0,018$ ) a mayor ME. Además, una mala diferenciación del TP (HR 2,90;  $p = 0,013$ ) y la invasión perineural del TP (HR 2,82;  $p = 0,016$ ) se asociaron a mayor ME solamente en el análisis univariante. Sexo, edad, tamaño del TP, distancia entre S-MET-TP y tiempo entre la aparición de S-MET-TP no se asociaban a mayor riesgo de RT ni ME.

**Conclusiones.** El tamaño ( $> 18$  mm) y el número ( $> 5$  lesiones) de S-MET condicionan un mayor riesgo de RT y ME. La velocidad de aparición de la S-MET y su distancia del TP no parecen condicionar un peor pronóstico. Consideramos que las S-MET tendrían que incluirse en los sistemas de estadificación y que las características mencionadas podrían ayudar a estratificar los distintos grupos de riesgo.

## Oncología I

### 12. FACTORES PRONÓSTICOS DE LAS SATELITOSIS O METÁSTASIS EN TRÁNSITO EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO

I. Marti-Marti<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>a</sup>, J. Cañueto<sup>b</sup>, C. Ferrándiz-Pulido<sup>c</sup>, G. Deza<sup>d</sup>, O. Sanmartín<sup>e</sup>, A. Jaka<sup>f</sup>, S. Beà-Ardèbol<sup>g</sup>, R. Botella-Estrada<sup>h</sup>, P. Redondo<sup>i</sup>, L. Turrión-Merino<sup>j</sup>, V. Ruiz-Salas<sup>k</sup>, E. Masferrer<sup>l</sup>, M. Yébenes<sup>m</sup>, J.M. Sánchez-Schmidt<sup>n</sup>, I. Gracia-Darder<sup>o</sup>, A. Altemir-Vidal<sup>o</sup>, R.S. Aguayo-Ortiz<sup>p</sup>, S. Beceril<sup>q</sup>, L. Leal<sup>r</sup>, O. Muñoz Moreno-Arrones<sup>s</sup>, C. Abril-Pérez<sup>t</sup>, A. Tomás-Velázquez<sup>u</sup> y A. Toll<sup>a</sup>

### 13. ESTUDIO DE EXPRESIÓN GÉNICA EN 92 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

J. Torre Castro<sup>a</sup>, D. Mendoza<sup>a</sup>, T. Kerverrec<sup>b</sup>, M. Samimi<sup>c</sup>, N. Iglesias<sup>d</sup>, Á. Concha<sup>e</sup>, C. Santonja<sup>f</sup>, L. Requena<sup>g</sup> y M.Á. Piris<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Tours. Francia. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Tours. Francia. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Coruña. España. <sup>e</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de la Coruña. España. <sup>f</sup>Servicio de Anatomía

*Patológica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

**Introducción y objetivo.** El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna de piel que suele afectar a pacientes de edad avanzada o inmunocomprometidos, habitualmente en áreas fotoexpuestas. El curso clínico suele ser agresivo, presentando en un porcentaje alto de casos adenopatías al diagnóstico, y tiene una mortalidad específica elevada, superior a la de otros tumores cutáneos como el melanoma o el carcinoma espinocelular. En la patogenia del carcinoma de células de Merkel se ha postulado el poliomavirus de células de Merkel como factor causal en un porcentaje variable de casos (40-80%, en función de la serie). En el resto de los casos, otros factores etiológicos como la radiación ultravioleta están implicados.

**Material y métodos.** En este estudio, identificamos una serie de 92 casos de carcinoma de células de Merkel para la cual recopilamos edad y sexo de los pacientes, fecha de diagnóstico, lugar de presentación del tumor, comorbilidades, estadio al diagnóstico, tratamientos realizados y supervivencia y seguimiento de los pacientes. Asimismo, elaboramos un panel para el estudio de la expresión génica de 172 genes en muestras tumorales de los casos recogidos, entre los que se incluyeron genes de diferenciación neuroendocrina, genes relacionados con el poliomavirus de células de Merkel, etcétera.

**Resultados.** Identificamos la expresión de gp\_3 como marcador de tumores asociados a poliomavirus de células de Merkel. Encontramos sobreexpresión de SOX9 en tumores que tenían una expresión baja de gp\_3.

#### 14. CÁNCER CUTÁNEO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Mansilla Polo<sup>a,b</sup>, J. López Davia<sup>a,b</sup>, B. de Unamuno Bustos<sup>a,b</sup>, J. Sanz Caballer<sup>c</sup>, A. Facal Malvar<sup>c</sup>, D. Martín Torregrosa<sup>a,b</sup>, C. Abril Pérez<sup>a,b</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria (IIS). <sup>c</sup>Servicio de Hematología. <sup>d</sup>Cátedra de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

En los últimos años se ha colocado en el punto de mira la incidencia de segundas neoplasias en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), entre ellas las cutáneas. Presentamos un estudio de cohortes retrospectiva con los pacientes sometidos a TPH entre enero de 2007 y enero de 2010 en un hospital de tercer nivel; con el objetivo de analizar la incidencia y posibles factores predictivos de cáncer cutáneo, así como sus características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y pronósticas. Se incluyeron 228 pacientes, 31 (13,6%) experimentaron una segunda neoplasia, 17 de las cuales fueron dermatológicas (un 7,46% del total de neoplasias y un 68,44% de la mitad de segundas neoplasias). Es notable que todos los casos aparecieron en sujetos sometidos a TPH con una edad  $\geq$  31 años. Asimismo, se registró una incidencia casi 3 veces superior de historia personal de cáncer extracutáneo entre pacientes con neoplasia cutánea post-TPH frente a los que no la experimentaron (11,76 vs. 4,39%). La enfermedad primaria que llevó a TPH demostró mayor prevalencia de linfoma y menor de leucemia linfocítica aguda entre aquellos con cáncer cutáneo. Se halló una incidencia superior de cáncer cutáneo en pacientes con enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónica (47,06 vs. 34,65%); no así en EICH aguda, ni en EICH crónica con afectación cutánea. Se registraron 7 carcinomas basocelulares, 4 carcinomas de células escamosas, 4 queratosis actínicas y 2 enfermedades de Bowen. No se registró ningún melanoma. La mediana temporal hasta la aparición de estos tumores fue de 95 meses. Es destacable la gran incidencia de carcinomas de células escamosas de alto riesgo (75% de los mismos). Además, se detectó una incidencia superior en la prescripción de

voriconazol, inhibidores de la calcineurina y corticoides tópicos en aquellos que experimentaron tumores cutáneos. Se reportaron terceras neoplasias dermatológicas en hasta un 41,18% de la serie, valor que ascendió hasta un 11,76% si hablamos de  $\geq$  4 tumores. La mortalidad global en aquellos con tumores cutáneos fue ligeramente menor (52,94 vs. 65,35%), no registrándose ninguna muerte relacionada con tumores cutáneos. Presentamos una cohorte retrospectiva con un seguimiento prolongado para el estudio de la incidencia y características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y pronósticas del cáncer cutáneo en pacientes sometidos a TPH.

#### 15. EXPERIENCIA TERAPÉUTICA Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 120 CASOS

H. Escolà Rodríguez<sup>a</sup>, B. Llombart<sup>b</sup>, I. Alcaraz León<sup>c</sup>, A. Toll<sup>d</sup>, P. Rodríguez Jiménez<sup>e</sup>, A. Jaka<sup>f</sup>, C. Ferrándiz-Pulido<sup>g</sup>, J. Arandes<sup>h</sup>, F. Mayo<sup>b</sup>, L. Haya<sup>c</sup>, A. Sandoval<sup>d</sup>, Y. Delgado<sup>e</sup>, J. Verdaguer<sup>f</sup> y G. Deza<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. <sup>c</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>d</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>g</sup>Hospital de Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

**Introducción.** Estudios previos han analizado la mortalidad y la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas en pacientes con enfermedad de Paget extramamaria (EPEM). Sin embargo, las tasas y tiempos de recidivas de dichos tratamientos, especialmente en relación con los tratamientos tópicos, siguen sin ser examinados en profundidad.

**Métodos.** Estudio retrospectivo multicéntrico en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico histológico de EPEM de 8 hospitales españoles.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 120 pacientes con EPEM (74% sexo femenino, mediana de edad al diagnóstico 71 años [rango 37-95]), con una mediana de seguimiento tras el diagnóstico de 48 meses (rango: 6-324). El tratamiento quirúrgico y el tratamiento tópico (imiquimod, 5-FU o TFD) fueron la primera línea terapéutica en el 62% y el 33% de los pacientes, respectivamente. De los pacientes tratados con cirugía convencional, un 59,8% presentaron algún margen histológico afecto de neoplasia. La respuesta objetiva (respuesta completa + respuesta parcial  $\geq$  50%) observada con el tratamiento con cirugía y el tratamiento tópico fue del 100% (53,2% + 46,8%) y 78,9% (40,4% + 38,5%), respectivamente. Se pudo objetivar una supervivencia específica de la enfermedad (SEE) a los 5 años del 97,4%, sin encontrar diferencias significativas en función de la modalidad terapéutica recibida ( $p > 0,05$ ). La supervivencia libre de tratamiento (SLT) observada en pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico con márgenes histológicos libres de neoplasia fue significativamente mayor que en aquellos tratados con cirugía con márgenes afectos y aquellos tratados de forma tópica (mediana de SLT en meses: 90, 21 y 19, respectivamente;  $p < 0,001$ ); no detectándose diferencias significativas en la SLT en estos 2 últimos grupos de pacientes (SLT a los 36 meses: 31,8 vs. 34,6% respectivamente;  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones.** La EPEM es una enfermedad crónica con una elevada tasa de SEE, pero con recidivas frecuentes tras el tratamiento. El tratamiento quirúrgico incompleto, situación frecuente en práctica clínica habitual, no parece presentar diferencias significativas en términos de SEE y SLT en comparación con el tratamiento tópico. El conocimiento de las tasas de eficacia y los patrones de recidiva de las diferentes alternativas terapéuticas de la EPEM podría ayudar a los clínicos en el manejo de esta rara entidad.

## 16. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA E HISTOLÓGICA DEL CARCINOMA BASOCELULAR EN EL PACIENTE JOVEN

A. Alegre Bailo<sup>a</sup>, N.M Román Mendoza<sup>a</sup>, J.J. Mateos Rico<sup>a</sup>, L.Á. Zamarro Díaz<sup>a</sup>, F.J. Vicente Martín<sup>a</sup>, L. Estrada Muñoz<sup>b</sup>, M. Gutiérrez Pascual<sup>a</sup>, A. Sánchez Gil<sup>a</sup>, L. Ascanio Armada<sup>a</sup>, M.D. Caro Gutiérrez<sup>a</sup> y R. Muñoz Martínez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles. España.*

**Introducción y objetivo.** Se ha observado un aumento en la incidencia del carcinoma basocelular en la población menor de 40 años, especialmente en mujeres. Existen escasos estudios acerca del perfil epidemiológico e histológico del carcinoma basocelular de inicio precoz, en pacientes jóvenes, en los que la relación con el daño actínico crónico es menos estrecha. El objetivo del estudio es describir la frecuencia de recurrencia del carcinoma basocelular y la proporción de subtipos histológicos en el carcinoma basocelular en el paciente menor de 40 años.

**Métodos.** Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyen a 76 pacientes menores de 40 años con diagnóstico histológico de epiteloma basocelular no asociado a síndrome de Gorling. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, la localización, el diagnóstico clínico, el patrón dermatoscópico y el subtipo histológico. Los datos del estudio se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes y los informes de anatomía patológica del centro.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 33 años, con un 61,8% de mujeres. La localización más frecuente en ambos sexos y para los diferentes grupos de edad estudiados fue cabeza y cuello (65,8%). El diagnóstico clínico correspondió con el estudio histológico en dos tercios de los pacientes. Las estructuras dermatoscópicas más frecuentes fueron las telangiectasias (53,7%), presentándose más frecuentemente asiladas, sin ningún otro dato dermatoscópico específico. El subtipo histológico más frecuente fue el expansivo (32,9%). El seguimiento de los pacientes fue de 2 a 5 años en el 42,9%, mientras que el 57,1% restante fueron seguidos menos de 2 años o más de 5 años, en proporción similar entre ellos. Hasta el 13,1% de los pacientes desarrollaron segundos tumores. El subtipo histológico que más frecuentemente se asoció a recidivas fue el infiltrante.

**Conclusiones.** La localización y el subtipo histológico más frecuente del carcinoma basocelular en el paciente menor de 40 años son los mismos que en la población general. Existe una proporción alta de pacientes jóvenes que desarrollan tumores metacrónicos. Los estudios publicados no permiten establecer pautas para el adecuado seguimiento a largo plazo.

## 17. ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN SEGUIMIENTO DIGITAL DE LOS NEVUS AZULES: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO DE 21 AÑOS

F. Alamon-Reig<sup>a</sup>, M. Combalia<sup>a</sup>, L. Serra-García<sup>a</sup>, J. Gil-Lianes<sup>a</sup>, M. Luque-Luna<sup>a</sup>, C. Carrera<sup>a</sup>, L. Alós<sup>b</sup>, R. Alberó-González<sup>b</sup>, J.L. Villanueva-Cañas<sup>c</sup>, J.A. Puig-Butillés<sup>c</sup>, S. Puig<sup>a</sup>, J. Malvehy<sup>a</sup> y S. Podlipnik<sup>a</sup>

*Serveis de <sup>a</sup>Dermatologia y <sup>b</sup>d'Anatomia Patològica. <sup>c</sup>Laboratori CORE de Biologia Molecular. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.*

**Introducción.** Los nevos azules son proliferaciones melanocíticas dérmicas benignas que a menudo son fáciles de reconocer clínicamente. En raras ocasiones, estas lesiones pueden mostrar hallazgos atípicos, como un crecimiento progresivo, que puede indicar la aparición de un nevus azul maligno o simular metástasis cutáneas de melanoma. La determinación del curso natural de los distintos subtipos morfológicos de nevos azules puede ser útil para tomar decisiones clínicas, como cuándo monitorizar o extirpar estas lesiones. El objetivo de este estudio fue describir la evolución clínica de

los nevos azules a lo largo del tiempo, evaluar la necesidad de seguimiento digital de estas lesiones y evaluar el perfil molecular de los nevos azules que presentan un comportamiento atípico.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo de 103 pacientes que se habían sometido a un seguimiento digital entre diciembre de 1998 y noviembre de 2019. Se utilizó un algoritmo de inteligencia artificial de aprendizaje activo para identificar los nevos azules de la base de datos de dos dispositivos de epiluminiscencia digital. Para caracterizar las lesiones que presentaban un crecimiento progresivo, se estudió el perfil genómico molecular mediante next generation sequencing.

**Resultados.** De las 279 lesiones identificadas, se incluyeron 124 nevos azules en seguimiento de 103 pacientes. Solamente dos de los nevos azules incluidos (1,61%) presentaron crecimiento progresivo en el tiempo y fueron extirpados. Los nevos azules en crecimiento resultaron ser nevos azules celulares que presentaban una baja carga de mutación tumoral y se identificó la alteración GNAQ c.626A>T en ambas lesiones.

**Conclusiones.** Los nevos azules se mantienen estables en el tiempo en términos de tamaño. En raras ocasiones, algunos nevos azules celulares pueden mostrar un crecimiento progresivo, aunque no se han identificado signos histopatológicos o moleculares de malignidad en estas lesiones. En consecuencia, el seguimiento digital de los nevos azules no parece necesario y solo deberían extirparse aquellas lesiones que presenten características clínicas o dermatoscópicas sospechosas.

## 18. SONIDEGIB EN CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO, NUESTRA EXPERIENCIA

D. Soto-García<sup>a</sup>, B. González-Sixto<sup>a</sup>, C. Feal-Cortizas<sup>a</sup>, M.L. Fernández-Díaz<sup>b</sup> y Á. Flórez<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. España.*

**Introducción.** Sonidegib es un inhibidor del receptor transmembrana Smoothed, de la vía de señalización de Hedgehog. Este fármaco está indicado para el tratamiento del carcinoma basocelular localmente avanzado (CBCla), no susceptible a cirugía curativa ni a radioterapia, bien por no poder garantizar la curación, bien por no ser apropiados por las importantes secuelas funcionales o estéticas que producirían.

**Objetivo.** Exponer nuestra experiencia con sonidegib en el tratamiento de pacientes con CBCla en los Complejos Hospitalarios Universitarios de Pontevedra y Lugo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo bicéntrico incluyendo pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CBCla que recibieron sonidegib desde diciembre 2020 hasta julio 2022.

**Resultados.** Cinco pacientes, 4 varones y una mujer, han sido tratados con sonidegib en el período del estudio. Su edad media al iniciar el tratamiento fue 85,8 años (70-95). Ninguno de ellos estaba diagnosticado de síndromes genéticos con predisposición al desarrollo de CBC. El subtipo histológico más frecuente en la serie fue CBC infiltrativo (3/5). En cuanto a su localización, 2 presentaban afectación palpebral y 2 afectación de estructuras profundas en región cervical/retroauricular. En 2 de los 5 pacientes el sonidegib se usó como tratamiento de primera línea. En un paciente se había obtenido previamente márgenes libres mediante cirugía de Mohs. En un paciente se sustituyó el tratamiento de vismodegib por sonidegib debido a los efectos adversos que ocasionaba el primero. Tras 10 meses, todavía se encuentra en tratamiento con sonidegib presentando EA leves y tolerables. La dosis usada mayoritariamente fue 200 mg/24 h (4/5). La duración media del tratamiento fue de 8,4 meses (4-14 meses). En todos los pacientes se obtuvo respuesta clínica significativa, siendo en uno de ellos completa.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia en condiciones de vida real, sonidegib ha sido un fármaco efectivo y seguro para el tratamiento de CBCla.

## 19. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO: ESTUDIO DE LOS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS

P. Díaz Calvillo<sup>a</sup>, M. Sánchez Díaz<sup>a</sup>, J.Á. Rodríguez Pozo<sup>a</sup>, S. Haselgruber de Francisco<sup>a</sup>, A. Martínez López<sup>a</sup> y S. Arias Santiago<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.

**Antecedentes y objetivo.** La pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado a todos los aspectos de la asistencia sanitaria. Para comprender mejor su impacto en el retraso en el diagnóstico y el tratamiento del carcinoma espinocelular cutáneo (CEC), el objetivo de este estudio es comparar las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los pacientes intervenidos de CEC durante un año antes de la declaración del confinamiento general y durante el mismo periodo después del confinamiento.

**Métodos.** Se diseñó un estudio transversal en el que se incluyeron dos series de casos: 1) pacientes intervenidos de CEC en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el año posterior a la declaración del primer estado de alarma en España (14 de marzo de 2020 a 13 de marzo de 2021), 2) pacientes intervenidos de CEC en el mismo periodo del año previo. Se recogieron datos de edad y sexo, presencia de inmunosupresión, diagnóstico pre o pospandémico, características histopatológicas del CEC (profundidad de la invasión, ulceración, tipo histológico, grado de diferenciación celular, invasión linfocelular o perineural, escisión completa), presencia de metástasis y grado de riesgo. La estadificación del tumor se realizó según el sistema de clasificación AJCC 2018 y según el Brigham and Women's Hospital.

**Resultados.** Se incluyeron 248 participantes (127 intervenidos antes del estado de alarma y 121 tras el mismo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grosor tumoral pre y posconfinamiento, con un espesor medio de 3,01 mm y 3,27 mm, respectivamente ( $p = 0,49$ ). Sí se hallaron diferencias en el mayor porcentaje de CEC de alto riesgo, pasando de un 32,3% antes del confinamiento a un 43,4% después del mismo ( $p = 0,011$ ). No obstante, la presencia de ulceración, el grado de diferenciación celular, la presencia de invasión perineural, la invasión perivasculosa o la presencia de metástasis a distancia no mostraron diferencias. Tampoco las diferencias en la estadificación tumoral fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** Aunque no se ha producido una reducción tan importante en el número de CEC intervenidos tras la pandemia, sí han aumentado significativamente los CEC de alto riesgo. Todo ello podría suponer en los próximos años un aumento de la mortalidad derivada del cáncer de piel en nuestro entorno.

radiación ultravioleta y la inmunosupresión, especialmente en pacientes trasplantados. En algunos pacientes puede conllevar una importante morbimortalidad. La detección precoz de tumor residual, recurrencias locales o metástasis a distancia es fundamental para mejorar el pronóstico de estos pacientes. En la actualidad, hay pocos estudios que evalúen la utilidad de las pruebas de imagen en el seguimiento de los pacientes con carcinoma escamoso de alto riesgo, y no existe un protocolo de seguimiento establecido.

**Objetivo.** 1) Evaluar las pruebas de imagen en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con carcinoma escamoso de alto riesgo para analizar su utilidad en la detección de metástasis subclínicas. 2) Comparar las distintas pruebas de imagen para determinar cuál aporta mayor sensibilidad en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

**Métodos.** Se obtienen datos de todos los pacientes con carcinomas escamosos de alto riesgo tratados en el Hospital Clínic de Barcelona del 2011 al 2022 a los que se solicitaron pruebas de imagen tanto en el diagnóstico como en el seguimiento. De estos pacientes, se analiza cuáles presentaron metástasis subclínicas, no detectadas en la exploración física.

**Resultados.** Se realizaron pruebas de imagen al diagnóstico a 45 pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso de alto riesgo. De estos, a 28 (68%) se les hicieron pruebas en el seguimiento clínico. Se realizaron un total de 115 imágenes en el estudio, y las pruebas detectaron enfermedad subclínica en un 18% de los casos. El grupo de pacientes con mayor número de metástasis detectadas fue el T2a (13 de 19 pacientes, 68%).

**Conclusiones.** Las pruebas de imagen son útiles para detectar enfermedad subclínica en algunos subgrupos de pacientes con carcinoma escamoso. Es necesario realizar estudios prospectivos para elaborar un protocolo de seguimiento en estos pacientes para detectar enfermedad locoregional y a distancia para así poder mejorar su pronóstico.

## 21. DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: CASUÍSTICA HOSPITALARIA Y DIFERENCIAS EN SU MANEJO

J.F. Millán Cayetano, A.J. Durán Romero, I. Villegas Romero, I. Navarro Navarro. M. Viedma Martínez y M. Linares Barrios

UGC Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Introducción y objetivo.** El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de crecimiento lento con una baja probabilidad de metástasis pero gran capacidad para la destrucción local. El objetivo principal fue definir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con DFSP en nuestro centro y el secundario definir las diferencias en el manejo entre aquellos tratados en Dermatología frente a otras especialidades.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo consecutivamente a todos los pacientes con diagnóstico histológico de DFSP. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de tratamiento de enero 2010-agosto de 2022. Se analizaron los datos de forma global y posteriormente según la atención se realizara en el servicio de Dermatología (grupo 1) frente a otras especialidades (grupo 2).

**Resultados.** Se detectaron 19 pacientes en total, siendo la mayoría hombres (63,2%). La edad media fue 42,3 años. El tiempo de evolución medio fue 11,3 años. La localización más frecuente fue el tronco (57,9%) seguida por las piernas y la cara, y el tamaño medio fue de 4,8 × 3,6 cm. El 57,9% se trató mediante cirugía radical con diferentes márgenes (entre 2 y 5 cm) y el 36,8% mediante Mohs diferido. El tiempo medio de seguimiento fue de 43,4 meses. El grupo 1 (42,1%) presentó una edad media de 41,4 años con un 37,5% de hombres. El tamaño medio fue de 4 × 2,6 cm. El 87,5% se trató mediante cirugía de Mohs diferida. Todos los pacientes precisaron una sola intervención para obtener márgenes libres. Ningún paciente recibió radioterapia adyuvante ni desarrolló metástasis. El grupo 2 (57,9%)

## Oncología II

### 20. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO

A. Bota Llorca, A. Sandoval Clavijo, L. Serra García, I. Martí Martí y A. Toll Abelló,

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. España.

El carcinoma escamoso es un cáncer cutáneo frecuente en nuestro medio, más habitual en hombres y su incidencia aumenta exponencialmente con la edad. Sus principales causas son la exposición a



presentó una edad media de 42,9 años con un 81,8% de hombres. El tamaño medio fue de 5,8 × 4,9 cm. El 90,9% se trató mediante cirugía radical con diversos márgenes (2-5 cm). Tres pacientes precisaron más de una intervención para obtener márgenes libres. Se administró radioterapia adyuvante en el 36,4% de los pacientes y uno desarrolló metástasis pulmonares tratadas con imatinib.

**Conclusiones.** La serie difiere de lo habitual debido a un mayor porcentaje de hombres, si bien el grupo 2 presentó una epidemiología algo similar a lo publicado. La mayor diferencia entre grupos se observó en el mayor porcentaje de pacientes tratado con cirugía de Mohs diferida en el primero así como la mayor aplicación de radioterapia adyuvante en el segundo.

## 22. CARCINOMA DUCTAL ECRINO ESCAMOIDE UN TUMOR CON POTENCIAL AGRESIVO. REVISIÓN DE NUESTROS ÚLTIMOS CASOS

M. Gamissans Cañada<sup>a</sup>, M. Yébenes Marsal<sup>a</sup>, M. Sabat Santandreu<sup>a</sup>, E. Saéz<sup>b</sup>, N. Riera-Martí<sup>a</sup> y M.C. Sin<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Consorcio Sanitario Parc Taulí de Sabadell. España.

**Introducción.** El carcinoma ductal ecrino escamoide es un tumor primario cutáneo raro, con menos de 50 casos publicados en la literatura, que puede presentar un curso clínico agresivo. Suelen ser nódulos de lento crecimiento en cabeza, cuello o extremidades. El retraso diagnóstico es frecuente ya que biopsias superficiales pueden pasar por alto la diferenciación ductal.

**Casos clínicos.** Presentamos los casos de este tumor diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 10 años que ejemplifican las características de esta entidad. En muchos de ellos se requirió más de una cirugía convencional para conseguir márgenes limpios sin observarse afectación ganglionar ni metástasis a distancia. Actualmente, tras muchos meses de seguimiento, la mayoría siguen libres de enfermedad.

**Discusión.** El carcinoma ductal ecrino escamoide se caracteriza por su diagnóstico dificultoso, su patrón bifásico, su patrón infiltrativo con células atípicas cuboidales con diferenciación ductal, la tendencia a la invasión perineural o su alta tasa de recurrencia local. Recientes estudios indican que existe un 25% de probabilidades de recurrencia local, un 13% de metástasis ganglionares y hasta un 3% de metástasis a distancia. Se recomienda la cirugía convencional con márgenes amplios aunque estos pacientes también se podrían beneficiar de la cirugía de Mohs. Es recomendable la realización de pruebas de imagen tales como una tomografía axial computarizada de estadificación prequirúrgica y un seguimiento largo en el tiempo con ecografías periódicas ganglionares.

**Conclusiones.** Aunque se conoce el potencial agresivo de este tumor, son necesarios más estudios para caracterizar su comportamiento biológico así como la creación de guías clínicas que ayuden en su manejo.

## 23. BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA VS. OBSERVACIÓN EN LOS CARCINOMAS ESCAMOSOS CUTÁNEOS DE ALTO RIESGO: UN ESTUDIO MEDIANTE PONDERACIÓN POR EL INVERSO DE LA PROBABILIDAD DE TRATAMIENTO (IPTW)

A. Tejera-Vaquero<sup>a,b</sup>, Á. Gómez-Tomás<sup>c</sup>, A. Jaka<sup>d</sup>, A. Toll<sup>e</sup>, M. del Río<sup>f</sup>, C. Ferrández-Pulido<sup>c</sup>, M.J. Fuentes<sup>e</sup>, C. Carrasco<sup>c</sup>, F.M. Almazán-Fernández<sup>g</sup>, T. Toledo-Pastrana<sup>h</sup>, A. Ferrer-Fuertes<sup>i</sup>, S. Ribero<sup>j</sup>, G. Avallone<sup>j</sup>, J. Cañueto<sup>k</sup>, J. Santos-Juanes<sup>l</sup> y O. Sanmartín<sup>m</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Oncología Cutánea. Hospital San Juan de Dios. Córdoba. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. <sup>c</sup>Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. España.

<sup>d</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>e</sup>Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. España. <sup>f</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España. <sup>g</sup>Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona. España. <sup>h</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. España. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. <sup>j</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España. <sup>k</sup>Hospital Quirón Salud Infanta Luisa. Hospital Quirón Salud Sagrado Corazón. Sevilla. España. <sup>l</sup>Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Clínic. Barcelona. España. <sup>m</sup>Medical Sciences Department. Section of Dermatology. University of Turin, Turin, Italia. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. <sup>o</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España. <sup>p</sup>Hospital Central de Asturias e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, IUOPA. Universidad de Oviedo. España. <sup>q</sup>Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

**Introducción.** No está bien establecido el beneficio en la supervivencia de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el carcinoma de células escamosas cutáneo de alto riesgo (CECAR) en pacientes inmunocompetentes (IC) ni en inmunosuprimidos (IS).

**Objetivo.** Analizar si la realización de la BSGC mejora la supervivencia específica de enfermedad en el CECAR. Como objetivos secundarios, determinar la supervivencia libre de enfermedad, la supervivencia libre de recaída nodal y la supervivencia global.

**Métodos.** Estudio de cohortes observacional retrospectivo multicéntrico. Se dividió la muestra en pacientes con CECAR sometidos a BSGC vs. observación. Se usó la ponderación por el inverso de la probabilidad de tratamiento (IPTW) para ajustar por edad, sexo, estadio tumoral y año de diagnóstico.

**Resultados.** En el grupo de IC se incluyeron a 44 pacientes con BSGC y 600 pacientes como observación, mientras que en el grupo IS se incluyeron a 27 con SLNB y 146 pacientes como control. El 14,1% de las BSGC resultaron positivas y la positividad fue un predictor independiente de recurrencia nodal y mortalidad específica. La realización de la BSGC se asoció a una reducción del riesgo de recurrencia nodal así como de la mortalidad específica y global únicamente en pacientes IC (Hazard ratio (HR) [IC95%]: 0,05 [0,01-0,41], p = 0,005; HR [IC95%]: 0,17 [0,04-0,73], p = 0,017; HR [IC95%]: 0,43 [0,23-0,82], p = 0,01, respectivamente).

**Limitaciones.** Restrospectivo.

**Conclusiones.** La realización de la BSGC en pacientes IC con CECAR se asoció a una mejora en la supervivencia libre de enfermedad, supervivencia libre de recaída nodal, supervivencia específica de enfermedad y supervivencia global. Este efecto beneficioso no se observó en los pacientes IS.

## 24. RIESGO DE RECURRENCIA DEL CARCINOMA ESCAMOSO DEL CUERO CABELLUDO SEGÚN EL MARGEN HISTOLÓGICO PROFUNDO. REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO ENTRE 2016-2020

J. Verdager-Faja<sup>a</sup>, A. Boada<sup>a,b</sup>, M.J. Fuente<sup>a,b</sup>, J. García-Gómez<sup>c</sup>, A. Quer<sup>b,c</sup>, M. Fabregat-Pratdepadua<sup>a</sup>, X. Grau<sup>d</sup>, J.M. Carrascosa<sup>a,b</sup> y A. Jaka<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>b</sup>Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>d</sup>Direcció d'Organització i Sistemes d'Informació. Gerència Territorial Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut. España.

**Introducción.** El cuero cabelludo (CC) está restringido por una estructura y grosor anatómico característicos que limitan la extirpa-

ción profunda del tumor primario. Sin embargo, en las guías actuales no existen pautas de consenso con respecto a la profundidad de escisión del CEC, tampoco en CC. Actualmente solo hay un estudio que analiza el margen profundo histológico del CEC en CC, y describe un riesgo aumentado de recurrencia local con márgenes profundos < 2 mm.

**Objetivo.** Comparar las recurrencias locales y regionales de los pacientes con CEC en CC según el grosor histológico del margen profundo (MP) en la pieza quirúrgica: < 2 mm vs.  $\geq$  2 mm.

**Métodos.** Estudio retrospectivo de serie de casos, incluyendo todos los pacientes con CEC en CC intervenidos mediante exéresis quirúrgica entre 2016-2020 en nuestro centro, obteniendo el margen profundo histológico del informe anatomopatológico. Análisis descriptivo de las características clínicas e histológicas, manejo realizado y las recurrencias objetivadas.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 80 CEC en 71 pacientes (63 hombres y 8 mujeres), con edad media de 80 años (64-96 años). La media del diámetro tumoral máximo fue de 19,3 mm (7-70 mm); 47/80 (58,8%) presentaron un MP < 2 mm (7 con margen afecto o en contacto) y 33/80 (41,2%) un MP  $\geq$  2 mm. Además, en 15 pacientes (10 con margen < 2 mm) se realizó ampliación de margen profundo en el mismo acto quirúrgico, según criterio clínico. Tras la exéresis primaria, 7 pacientes con MP < 2 mm se reintervinieron para ampliación de márgenes y 10 (9 con margen < 2 mm) recibieron radioterapia adyuvante. El tiempo medio de seguimiento fue de 34 meses, detectando 17 recidivas en 12 pacientes: 10/80 (12,5%) locales (tiempo medio: 12 meses), 2/80 (2,5%) metástasis en tránsito (tiempo medio: 9,5 meses) y 5/80 (6,25%) metástasis ganglionares (tiempo medio: 13,6 meses). De los pacientes con recidiva local, el MP fue < 2 mm en 9 pacientes (2 de ellos afectos) y  $\geq$  2 mm en un caso. En las recurrencias regionales, el MP fue < 2 mm en 5 pacientes (2 de ellos afectos) y  $\geq$  2 mm en uno. 26 pacientes fallecieron por causas no relacionadas con el CEC.

**Conclusiones.** El análisis de nuestros resultados muestra más recidivas locales y regionales en el grupo tratado con márgenes quirúrgicos más estrechos (MP < 2 mm).

## 25. INHIBIDORES DE HEDGEHOG EN CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO PERIOCLAR

I. Torres Navarro<sup>a</sup>, C. Abril Pérez<sup>a</sup>, M. Pérez López<sup>b</sup>, E. España Gregori<sup>b</sup>, R. Palacios Díaz<sup>a</sup>, B. Escutia Muñoz<sup>a</sup>, A. Uruen García<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

**Introducción y objetivo.** El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor más frecuente en el ser humano, constituye el 80% de los cánceres de piel no melanoma. La cirugía es el tratamiento de elección para todos los CBC. Cuando se trata de CBC irresecales, bien por ser ya metastásicos, bien porque la cirugía derivaría en un defecto funcional o estéticamente inaceptable, o carcinomas sitios en pacientes inoperables, que son aquellos en los que la cirugía está contraindicada debido a las comorbilidades del paciente, no existe una opción terapéutica de elección. Esto es especialmente relevante en el área periocular, donde la cirugía en ocasiones conlleva un riesgo de compromiso de la función ocular. Vismodegib y sonidegib son inhibidores de la vía Hedgehog que han sido aprobados para el tratamiento de adultos con CBC metastásico o con CBC localmente avanzado que ha recurrido después de la cirugía. Vismodegib también se ha utilizado como tratamiento neoadyuvante antes de la cirugía en pacientes con CBC de alto riesgo con el objetivo de reducir el área del defecto quirúrgico.

**Métodos.** Presentamos una serie de 12 CBC localmente avanzados que fueron irresecales por comprometer la visión de los pacientes

en nuestro centro. Se realizó un estudio prospectivo (estudio AVISMO) que fue aprobado por el comité ético del centro.

**Resultados.** La media de edad fue de 78 años, el seguimiento medio fue de 26 meses (4-63 meses) y el tiempo medio de tratamiento fue de 5,8 meses. La media hasta la obtención de respuesta fue de 2 meses y hubo 2 respuestas completas y 10 respuestas parciales, con recidiva en uno de los pacientes tras respuesta completa. En 3 de los casos se reintrodujo el tratamiento con únicamente respuesta parcial en uno de ellos. Tras el tratamiento, 7 fueron intervenidos quirúrgicamente obteniéndose un resultado oncológico y funcional excelente.

**Conclusiones.** Los inhibidores de la vía Hedgehog constituyen una opción terapéutica útil en el tratamiento del carcinoma basocelular avanzado periocular; si bien en muchos casos no se consigue una respuesta completa, la respuesta parcial obtenida como neoadyuvancia permite la realización de cirugías no mutilantes para el paciente. En nuestra serie ha sido relevante la respuesta en la infiltración de la musculatura extrínseca periocular, pues ha permitido la realización de cirugía.

## 26. ADYUVANCIA EN MELANOMA: ESTUDIO DE COHORTE DE 69 PACIENTES DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Luque-Luna<sup>a</sup>, M. Gracia Rius<sup>b</sup>, P. Iglesias<sup>a</sup>, M. Santos<sup>a</sup>, F. Crespi<sup>a</sup>, M. Combalia<sup>a</sup>, C. Carrera<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>a</sup>, J. Malveyh<sup>a</sup> y S. Puig<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona.

<sup>b</sup>Universitat de Barcelona. España.

Inhibidores de checkpoint (ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab) e inhibición combinada BRAF-MEK (dabrafenib y trametinib) han demostrado beneficio clínico relevante en tratamiento adyuvante de melanoma alto riesgo, aprobados por la FDA y la EMA. Los ensayos clínicos con ipilimumab, pembrolizumab y la combinación de dabrafenib con trametinib se realizaron en estadio III (incluyendo estadios IIIA con tumoración en ganglio centinela > 1 mm) aleatorizado comparado con placebo. Con nivolumab, se realizaron en estadios IIIB-C y estadio IV completamente reseca, aleatorizado frente a ipilimumab. La supervivencia sin recurrencia a 5 años en estudio COMBI-AD, que comparó dabrafenib y trametinib con placebo, fue del 65% y del 58%, respectivamente. El estudio KEYNOTE-054 comparó adyuvancia con pembrolizumab vs. placebo, con supervivencia libre de recurrencia a los 3 años del 63,7% frente al 41%. El objetivo es realizar un análisis descriptivo de nuestra experiencia desde dic-2015 hasta jul-2022, en pacientes con melanoma estadio III libres de enfermedad que siguieron tratamiento adyuvante. Mediante la explotación de la base de datos (SQL2) "xarxamelanoma" y de datos de toxicidad incluidos en base de datos "Qualitop" de RedCap se recogen datos demográficos de pacientes estadio III, información clínica relevante, efectos adversos y seguimiento. Sobre 69 pacientes (50.6% mujeres) en estadio III, 49 se encuentran libre de enfermedad (75%), con recaídas en 17 pacientes (25%). Siete suspendieron el tratamiento por toxicidad, uno presentó posteriormente progresión de la enfermedad. Casos graves de toxicidad reportados (grado >2) incluyeron hipofisitis, pancreatitis inmunomediada, pancolitis grado 3, miocarditis e ictus cardioembólico, hipotiroidismo con elevación de las enzimas musculares y necrosis tubular aguda con resolución. Las toxicidades grado 1 y 2 incluyeron diarrea, liquen plano oral, vitíligo, oligoartritis y aumento de transaminasas. Cuarenta y cuatro (64%) de los pacientes recibieron tratamiento adyuvante con nivolumab y 25 (36%) recibieron tratamiento adyuvante con pembrolizumab. Según nuestra experiencia, la adyuvancia en melanoma con antiPD1 es factible con toxicidad manejable en la mayoría, pero hay casos de toxicidad grave que requieren manejo específico, como lo previamente reportado. Presentamos ratio similar de supervivencia libre de enfermedad a estudios previos.

## 27. UTILIDAD DE LA INVASIÓN LINFOVASCULAR EN EL PRONÓSTICO DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO E IMPLICACIONES EN LOS SISTEMAS DE ESTADIFICACIÓN

D. Revilla Nebreda<sup>a,b</sup>, L. Revelles Peñas<sup>a</sup>, L. Puebla Tornero<sup>a</sup>, A. Conde Ferreirós<sup>a</sup>, Á. Santos-Briz Terrón<sup>b,c</sup>, C.D. Cardona Machado<sup>b,d</sup>, M.E. Cardeñoso Álvarez<sup>a</sup>, C. Román Curto<sup>a,b</sup> y J. Cañueto Álvarez<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>d</sup>Laboratorio 20. Instituto Universitario de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC). Centro de Investigación del Cáncer (CIC). Salamanca. España.

**Introducción.** El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente en humanos y tiene un impacto significativo en la mortalidad. El tamaño tumoral, el espesor, la invasión perineural, el pobre grado de diferenciación o la invasión más allá de la grasa subcutánea son factores asociados a un mayor riesgo de recaída del CEC. La invasión linfovascular (ILV) es un factor histológico agresivo en el CEC aunque se encuentra excluido de los sistemas de estadificación actualmente.

**Material y métodos.** Se analizó una cohorte retrospectiva de 614 pacientes del Servicio de Dermatología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca diagnosticados de CEC entre 2010 y 2021. De ellos, 15 pacientes presentaban ILV. Se compararon las características de los tumores que asociaron y no asociaron ILV por medio de los test de Chi-cuadrado/test exacto de Fisher o mediante U-Mann-Whitney según el caso. El análisis multivariante se llevó a cabo mediante una regresión logística con un modelo intro. Se consideró significativo un valor de p por debajo de 0,05.

**Resultados.** La ILV se asoció significativamente a tumores pobremente diferenciados ( $p = 0,002$ ), con invasión más allá de la grasa ( $p = 0,010$ ), a tumores de mayor espesor ( $p = 0,001$ ) y de mayor tamaño ( $p = 0,015$ ), así como a tumores de mayor estadio [T2b-T3; BWH staging], ( $p = 0,0001$ ). Los tumores con ILV se asociaron significativamente a un mayor riesgo de eventos relacionados con el CEC, incluyendo recurrencias locales, metástasis ganglionares, metástasis a distancia y muerte específica por enfermedad ( $p = 0,0001$ ). En el análisis multivariante, el estadio de alto riesgo y la invasión linfovascular fueron factores de riesgo independiente asociados a los eventos de mal pronóstico y muerte específica por enfermedad. Los CEC con ILV presentaron mayor riesgo de desarrollar eventos de mal pronóstico relacionados con el CEC (OR = 13,572 [IC 95%: 2,881-63,936];  $p = 0,001$ ) entre los que están las recurrencias locales (OR = 3,193 [IC 95%: 1,033-9,868];  $p = 0,044$ ) y las metástasis ganglionares (OR = 7,555 [IC 95%: 2,369-24,096];  $p = 0,001$ ) así como mayor riesgo de muerte específica por enfermedad (OR = 11,393 [IC 95%: 3,349-38,754];  $p = 0,0001$ ).

**Conclusiones.** La ILV debería incluirse en futuros sistema de estadificación dado su valor pronóstico independiente en el CEC.

## 28. CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO CON AFECTACIÓN ÓSEA. ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

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

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

Se ha prestado especial atención en la literatura a los criterios diagnósticos del carcinoma escamoso cutáneo (CEC) de alto riesgo (T3 de la American Joint Committee of Cancer [AJCC] y T2b de la

Brigham and Women's Hospital [BWH]); sin embargo, no se dispone de suficiente información de las características clínicopatológicas y los datos de supervivencia asociados a la extensión ósea del CEC (T3 para la erosión ósea y T4 para la invasión ósea de la AJCC), habiéndose considerado esta un predictor de mal pronóstico relacionado con extensión nodal y aumento de mortalidad.

**Objetivo.** Describir los factores demográficos, clínicos, terapéuticos y de supervivencia de los pacientes con CEC con infiltración ósea atendidos en nuestro servicio.

**Método.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con CEC con afectación ósea diagnosticada entre 2003 y 2021.

**Resultados.** El estudio incluye a 30 pacientes diagnosticados de CEC con infiltración ósea. El 83,3% eran varones con una edad media de 76 años. En la mayoría de los casos se trataba de un tumor primario (50%) localizado en cuero cabelludo (48,4%). A nivel histológico, la mayoría presentaban un patrón de crecimiento infiltrativo (70%) y características desmoplásicas (43,3%). La tasa de muerte específica fue del 26,7%.

**Conclusiones.** La afectación ósea no se asocia de forma significativa a extensión nodal y, aunque hay un aumento de la mortalidad específica, no alcanza niveles de significación. Si bien el CEC con infiltración ósea supone un reto terapéutico.

## 29. MELANOMA GENITAL FEMENINO: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE UN SUBTIPO DE MELANOMA POCO FRECUENTE

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

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

**Introducción.** El melanoma genital femenino (MGF) es un tumor infrecuente que clásicamente se engloba dentro de los melanomas de mucosas. Los melanomas vulvovaginales suponen el 15-20% de los melanomas de mucosas, y de estos, el 80-85% aparecen en la vulva. Dada la rareza de estos tumores, la patogenia, los factores de riesgo e incluso el abordaje terapéutico no están bien establecidos. El propósito de este estudio es contribuir a la caracterización del MGF.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de las 17 pacientes con un MGF incluidas en la base de datos del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología en el periodo 2000-2022.

**Resultados.** Se identificaron 11 melanomas vulvares (MVu), 5 de ellos en los labios mayores; 5 en la vagina y solo un caso en cérvix (MCe). El melanoma de extensión superficial y el melanoma nodular fueron los tipos histológicos más diagnosticados (7 y 6 de 17 pacientes respectivamente). La mediana del índice de Breslow fue de 8 mm (rango 1,1-23 mm) y la ulceración fue prácticamente constante (11 de 16 casos). Se observaron mutaciones de KIT en 2 MVu y en el MCe. En 2 MVu se encontraron mutaciones en TERT, pero solo uno de ellos asoció mutación en BRAF, además de en NRAS. Tres MVu tenían BRAF mutado (2 presentaban V600E y uno D594N).

**Conclusiones.** Los MGF son tumores infrecuentes, la mayoría localizados en la vulva. Frecuentemente se clasifican como melanomas de extensión superficial, aunque el melanoma nodular y el melanoma lentiginoso de mucosas también son habituales. Al diagnóstico tienden a presentar mayor espesor tumoral y ulceración que los melanomas convencionales. El perfil genético de los MGF refleja la ausencia de exposición a radiación UV en su patogenia, y se han implicado con mayor frecuencia mutaciones en KIT. Las mutaciones en BRAF son menos frecuentes, aunque se han reportado tasas hasta del 26%. BRAF mutado es una diana terapéutica que puede ser útil en estos melanomas de mal pronóstico.

### 30. DETECCIÓN DE ADN TUMORAL CIRCULANTE (CTADN) EN PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO III Y IV

B. de Unamuno Bustos<sup>a,b</sup>, S. Palanca Suela<sup>b,c</sup>, A. Carratalá García<sup>b</sup>, G. Pérez Simó<sup>b</sup>, D. Moreno Ramírez<sup>d</sup>, L. Ferrándiz Pulido<sup>d</sup>, F. Almazán Fernández<sup>e</sup>, A. Boada García<sup>f</sup>, L. Loidi Pascual<sup>g</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,b,h</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico la Fe (HUyP La Fe). Valencia. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. <sup>c</sup>Laboratorio de Biología Molecular. Servicio de Análisis Clínicos del HUyP La Fe. Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>g</sup>Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>h</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. España.

La biopsia líquida es una técnica diagnóstica no invasiva que incluye el análisis de ADN tumoral circulante (ctADN), células tumorales circulantes y ARN tumoral circulante en distintos fluidos, fundamentalmente en plasma. El ctADN se refiere al ADN fragmentado que se origina de los procesos de necrosis o apoptosis que sufren las células tumorales, y es portador de las mismas alteraciones moleculares que el tumor de origen. Se ha demostrado la correlación de los niveles de ctADN y la carga tumoral, así como el valor pronóstico de la detección de ctADN. Concretamente, la detección basal de altos niveles de ctADN en pacientes candidatos a cirugía o tratamiento sistémico se ha relacionado con peores tasas de supervivencia libre de enfermedad y global. Adicionalmente, la monitorización del ctADN ha demostrado utilidad en la detección de enfermedad mínima residual tras cirugía, la detección precoz de recurrencias, la predicción de respuesta al tratamiento y la detección de mecanismos de resistencia. Con respecto al melanoma, la mayor parte de los estudios incluyen pacientes con melanomas localmente avanzados irreseccables o metastásicos, siendo escasos los estudios en pacientes con estadio III resecable. El objetivo es analizar la utilidad de la determinación del ctADN en la predicción de progresión tumoral en pacientes con melanoma. Estudio observacional, multicéntrico retrospectivo y prospectivo efectuado sobre pacientes con melanoma estadio IIIB-IV atendidos en los servicios de Dermatología desde noviembre de 2018 a noviembre de 2022. Se han recogido muestras de tejido parafinado del tumor primario y/o metastásico y muestras de sangre en distintos momentos de la enfermedad. Se han estudiado las mutaciones en los genes BRAF, NRAS y promotor del gen TERT en el tejido mediante PCR en tiempo real (Idylla NRAS-BRAF Mutation Test) y secuenciación Sanger utilizando la pareja de cebadores hTERT\_2F CTCCAGTGGATTGCGGGC y hTERT\_2R CCCACGTGCGCAGCAGGAC). Se han excluido aquellos melanomas no portadores de mutaciones en ninguno de los tres genes anteriormente descritos. De cada muestra de sangre se han obtenido 5-10 ml de plasma que se han utilizado para aislar el ADN libre circulante (cfADN) empleando MagMAX Cell-Free DNA (cfDNA) Isolation. Las mutaciones en el cfADN se han estudiado mediante PCR digital (QX200 Droplet Digital PCR (ddPCR) system).

### 31. MANEJO DE MELANOMA ESTADIO IV EN UNA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo, I. Navarro Navarro, J.F. Millán Cayetano, A.J. Durán Romero y M. Linares Barrios

UGC Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

El manejo del melanoma metastásico ha sufrido una revolución en los últimos años con la llegada de la terapia diana y la inmunoterapia, suponiendo una mejora en la supervivencia y

calidad de vida de los pacientes. Nuestro objetivo es dar a conocer los casos de melanoma metastásico tratados en nuestra unidad en el último año.

**Caso 1.** Varón de 44 años con melanoma BRAF-V600E T4bN3cM0 estadio IIID resecado en adyuvancia con pembrolizumab 200 mg/3 semanas que progresó con metástasis cerebrales en lóbulo occipital y lóbulo cerebeloso derechos de 16 y 17 mm respectivamente, asintomáticas. Realizó tratamiento con encorafenib 450 mg/24 h + binimetinib 45 mg/12 h durante 45 días hasta la resección final de las lesiones por neurocirugía. El análisis histopatológico mostró una respuesta patológica completa con melanófagos, sin evidencia de células tumorales viables. El paciente se ha mantenido desde entonces con un intervalo libre de enfermedad de 5 meses.

**Caso 2.** Mujer de 76 años con melanoma BRAF-V600E T3bN3cM1a estadio IV en tratamiento con dabrafenib 75 mg/12 h + trametinib 1 mg/24 h con 17 meses de intervalo libre de enfermedad que mostró en TAC-Body una metástasis cerebral única de 14 x 10mm en lóbulo parietal izquierdo, asintomática. Se indicó radiocirugía estereotáxica e ipilimumab 3 mg/kg + nivolumab 1 mg/kg cada 3 semanas. Sin embargo, progresó con 2 lesiones cerebrales nuevas de pequeño tamaño por lo que inició encorafenib 450 mg/24 h + binimetinib 45 mg/12 h con buena tolerancia.

**Caso 3.** Mujer de 80 años con melanoma BRAFwt T4bN1bM1b estadio IV con metástasis pulmonares al diagnóstico que inició pembrolizumab 200 mg/3 semanas presentando hepatitis inmunomediada grado IV (CTCAE) que precisó ingreso y pulsos de corticoterapia intravenosa y micofenolato de mofetil. La paciente recuperó íntegramente las cifras de transaminasas y se decidió reiniciar tratamiento con nivolumab 240 mg/2 semanas con buena tolerancia. En TAC de tórax de control respuesta parcial inicial de las lesiones.

**Caso 4.** Varón de 61 años con melanoma sobre nevus congénito BRAFV600E T4bN1cM1d estadio IV con metástasis hepáticas, musculares, cerebral y ósea en tratamiento con encorafenib 450 mg/24 h + binimetinib 45 mg/12 h + ácido zoledrónico 4 mg/mensual.

Describimos una serie de casos donde se pone de manifiesto el papel del dermatólogo como piedra angular en el tratamiento del cáncer de piel avanzado en su abordaje integral.

## Pósteres

### Póster cirugía

#### P1. MIS MEJORES OPCIONES QUIRÚRGICAS EN PÁRPADO INFERIOR

C. Ciudad Blanco, E. Rodríguez Lomba, J.A. Avilés Izquierdo y R. Suárez Fernández

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

**Introducción.** La cirugía oncológica del área periorbitaria es realizada por diferentes especialistas, incluyendo oftalmólogos, dermatólogos y cirujanos plásticos, principalmente. En la literatura se han publicado diversas técnicas reconstructivas. Sin embargo, no está bien descrito qué técnicas ofrecen los mejores resultados funcionales y estéticos en esta zona anatómica.

**Métodos.** Se describe la técnica y resultados de los colgajos realizados tras cirugía oncológica en el párpado inferior, según la experiencia de los autores.

**Resultados.** Los colgajos utilizados con mejores resultados funcionales y cosméticos, según paciente y cirujano, fueron el colgajo de Imre, de Tripiet, de Tenzel y de avance lateral. Las posibles compli-

caciones, tanto anatómicas como funcionales, son menos frecuentes con estas técnicas. El desarrollo de un ectropión, una retracción o una epífora, supone una importante morbilidad para el paciente. **Conclusiones.** Por las características anatómicas del párpado, la cirugía suele requerir la realización de colgajos para la reconstrucción de pequeños defectos. Es necesaria una adecuada planificación y técnica para elegir el mejor colgajo y evitar así complicaciones que requieren una nueva cirugía correctora.

## P2. CARCINOMA ESCAMOSO SUBUNGUEAL, ESCISIÓN AMPLIA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO DE PIEL TOTAL

J.P. Velasco-Amador<sup>a</sup>, Á. Prados-Carmona<sup>a</sup>, M.D. Pegalajar-García<sup>a</sup>, A. Gil-Villalba<sup>a</sup>, B. Hernández-Segura<sup>b</sup> y R. Ruiz-Villaverde<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Introducción.** El carcinoma escamoso subungueal, a pesar de que es el tumor ungueal más prevalente, es una entidad poco frecuente. Dada la baja prevalencia del carcinoma escamoso subungueal, el manejo terapéutico no está claramente establecido. El tratamiento puede ir desde la cirugía funcional del aparato ungueal hasta la amputación distal del dedo afecto, en función de la extensión del tumor y de la afectación ósea. La elección se realiza en función de la extensión del tumor y la afectación de las estructuras subyacentes. Clásicamente, en tumores invasivos la amputación distal se ha considerado de elección, sin embargo, conlleva problemas funcionales y pobres resultados estéticos. En los últimos años se han publicado series de pacientes con cirugías más conservadoras, reduciendo el número de amputaciones y preservando la calidad de vida del paciente. Entre las opciones quirúrgicas conservadoras destacamos la cirugía de Mohs y la escisión quirúrgica amplia. La cirugía de Mohs se ha defendido en algunas publicaciones como la mejor opción terapéutica para el carcinoma escamoso subungueal, porque tiene una alta tasa de curación y preserva mayor cantidad de tejido. Sin embargo, es una localización difícil para este procedimiento.

**Caso clínico.** Una alternativa interesante a la cirugía de Mohs es la escisión quirúrgica amplia de la unidad ungueal, con no menos de 4 mm de tejido normal desde el margen del tumor, seguida de un injerto de piel total. A continuación, presentamos un caso de carcinoma de células escamosas subungueal tratado mediante una cirugía ungueal funcional donde se realizó una escisión amplia de la unidad ungueal y reconstrucción con injerto de piel total, obteniendo un excelente resultado funcional y estético, sin presentar complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones.** La escisión total de la unidad ungueal seguida de un injerto de piel de espesor total es un tratamiento seguro, funcionalmente eficiente y cosméticamente aceptable para el carcinoma de células escamosas subungueal. Con la evidencia disponible, la mayoría de los autores concluye que la cirugía funcional con escisión quirúrgica amplia es la modalidad terapéutica de elección para el manejo del carcinoma escamoso subungueal sin afectación ósea, mientras que en casos con afectación ósea la amputación sigue siendo de elección.

## P3. VERSATILIDAD DEL COLGAJO EN ISLA DE PEDÍCULO SUBCUTÁNEO TUNELIZADO DESDE PÁRPADO SUPERIOR, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

O. Al-Wattar Ceballos, F. Moro Bolado, L. Martínez Montalvo, M. Montero García, M. Carmona Rodríguez, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero-Aguilera

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

**Introducción y objetivo.** El colgajo en isla más utilizado en dermatología es el colgajo de avance en V-Y. Los colgajos en isla no tradicionales son útiles en la reconstrucción de los defectos de la cara con tres propósitos generales: aumentar la movilidad de tejidos en zonas con piel escasa, mantener simetría facial y reconstruir heridas que atraviesan dos o más unidades estéticas. Particularmente, el colgajo de pedículo subcutáneo tunelizado desde párpado superior consiste en labrar una isla de piel en dicho párpado y transferirlo a través de un túnel subcutáneo al defecto del párpado inferior. El objetivo es mostrar el colgajo en isla tunelizado desde párpado superior como alternativa reconstructiva.

**Materiales.** Dos casos de reconstrucción de párpado inferior tras tumorectomía mediante colgajo en isla tunelizado desde párpado superior.

**Resultados.** Presentamos dos casos intervenidos de carcinoma basocelular, uno en región centromedial del párpado inferior izquierdo y otro en zona centrolateral del párpado inferior derecho, el primero mediante cirugía convencional y el segundo mediante cirugía de Mohs. El cierre del defecto se hizo con un colgajo en isla tunelizado de párpado superior. El estudio histológico mostró bordes quirúrgicos libres. En la primera semana posquirúrgica, en ambos casos se apreció hematoma que se resolvió sin incidencias. El segundo caso presentó un leve efecto trampilla que no provocaba gran alteración estética. No se produjeron alteraciones funcionales. El resultado final fue satisfactorio.

**Conclusiones.** El colgajo en isla tunelizado desde párpado superior es una alternativa reconstructiva que incluye una buena perfusión asociado a una gran movilidad. Permite la reconstrucción en un único tiempo quirúrgico utilizando piel similar a la zona receptora con mínimo compromiso de la arquitectura facial. El riesgo de hemorragia, infección o necrosis del colgajo es muy bajo. La tunelización conlleva una propensión a desarrollar una deformación que se conoce como efecto trampilla, lo cual puede disminuirse reduciendo el tamaño de los colgajos en un 20-25%, o tratarse posteriormente con inyecciones intralesionales de corticoides. En definitiva, si se diseña y ejecuta adecuadamente, este colgajo ofrece una reconstrucción fiable de la cara en situaciones donde las alternativas introducirían una distorsión anatómica inaceptable.

## P4. INJERTOS LAMINARES EN DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE EXTREMIDADES EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

B. Butrón-Bris, M. Seguí, S. Berenguer-Ruiz, A. Reolid, E. Muñoz Aceituno, R. Navarro, P. Rodríguez-Jiménez, E. Gallo e Y. Delgado-Jiménez

Servicio de Dermatología. Hospital de La Princesa. Madrid. España.

**Introducción.** El cierre y cicatrización de defectos quirúrgicos secundarios a la extirpación de lesiones cutáneas malignas en extremidades resulta en muchas ocasiones un reto: lesiones de gran tamaño, falta de distensión de la piel, insuficiencia venosa y arterial, etc.

**Objetivo.** La finalidad de nuestro estudio fue conocer la evolución de los pacientes de edad avanzada en los que se utilizó un injerto laminar obtenido por medio de dermatomo para el cierre de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en miembros.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio prospectivo de los casos de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en extremidades resueltos por medio de un injerto laminar obtenido con dermatomo eléctrico en el año 2022 en el Hospital Universitario de La Princesa. Se recogieron variables demográficas y de la patología tumoral: tipo, tamaño y localización de la neoplasia. Todos los pacientes fueron intervenidos mediante anestesia local (extirpación y reconstrucción de la lesión maligna, y obtención del injerto). Se tuvo en

cuenta las complicaciones inmediatas y el resultado estético tras 1 y 3 meses de la cirugía.

**Resultados.** Se incluyeron 7 pacientes y 8 intervenciones. Todos los pacientes presentaron cáncer cutáneo no melanoma de tamaño medio (15-40 mm), la localización más frecuente fue región pretibial (7) y en un caso a nivel de primer dedo de mano derecha. La edad media de los pacientes fue 79,57 años (66-101). No se detectaron complicaciones inmediatas, más allá de la formación de una costra superficial en uno de los casos. Los resultados estéticos obtenidos fueron adecuados en todos los casos, con un 100% de satisfacción entre los pacientes.

**Conclusiones.** La utilización de injertos laminares son una opción adecuada y segura para el cierre de defectos quirúrgicos de mediano tamaño en extremidades, con gran utilidad en pacientes de edad avanzada en los que el compromiso vascular y la atrofia cutánea limita la realización de un cierre directo o la supervivencia de reconstrucciones más complejas (colgajo, injerto de piel total, etc.).

### P5. MATRITECTOMÍA CON FENOL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS: REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA Y NUESTRA EXPERIENCIA

J. Alcántara González, T.-M. Capusan, M.E. Sánchez Largo Uceda, M. Andreu Barasoain, M. Ruano del Salado, V. Salas Aragón, A. Lapeña Casado, T.S. Akel Oberpaur, A.R. Gamero Rodríguez y L. Calzado Villarreal

*Servicio de Dermatología. Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz. España.*

**Introducción y objetivo.** La onicocriptosis o uña encarnada es un motivo frecuente de consulta tanto en atención primaria como en dermatología, cirugía o traumatología. Cuando las medidas conservadoras no son efectivas puede afrontarse el abordaje quirúrgico, siendo una de sus opciones la matritectomía química con fenol. Pese a ser un método conocido desde hace mucho tiempo, hemos notado que no es muy frecuentemente empleado por los dermatólogos, por ello traemos aquí una explicación gráfica de la realización de dicha técnica y nuestra experiencia y resultados con su uso.

**Métodos.** Como veremos en las imágenes y videos que acompañan a la presentación efectuamos el tratamiento bajo anestesia troncular del dedo afecto y con la aplicación de torniquete. Una vez llevada a cabo la hemilaminectomía aplicamos una torunda empapada en fenol al 88% durante 2 min sobre el lecho y la matriz ungueal; a continuación procedemos a neutralizar el fenol con alcohol isopropílico al 70% y repetimos todo el proceso una vez más. Finalmente aplicamos pomada antibiótica en la zona operada, colocamos apósito de mepitel y vendaje hasta revisión en 48 h. Igualmente hemos realizado un estudio exploratorio de los pacientes tratados durante los últimos 15 meses (junio 2021 a agosto 2022) con el fin de detectar posibles complicaciones asociadas al procedimiento y valorar el dolor postoperatorio durante la semana posterior a la intervención usando una escala visual analógica del 0 al 10.

**Resultados.** Se reclutaron 38 pacientes con una edad media de 31,24 años. Cuatro de ellos (10,52%) presentaron alguna complicación postoperatoria (2 infección de la herida quirúrgica y 2 inflamación de la zona durante al menos un mes tras la intervención). El dolor posquirúrgico medio fue de 4,00 el día de la intervención, de 3,29 el día después de la intervención, de 3,29 dos días después, de 2,37 tres días después, 1,87 cuatro días después, 1,60 cinco días después, 1,60 6 días después, y 1,47 siete días después.

**Conclusiones.** La matritectomía con fenol es una técnica sencilla, generalmente bien tolerada y con una baja incidencia de efectos adversos de gravedad. Por ello consideramos que es de utilidad su conocimiento y puede formar parte del arsenal terapéutico del cirujano dermatológico.

### P6. UTILIZACIÓN DEL COLGAJO DE AVANCE-ROTACIÓN INFERIOR DE LA PARED LATERAL NASAL COMO ALTERNATIVA AL COLGAJO BILOBULADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DISTALES DE LA PIRÁMIDE NASAL

M.<sup>a</sup> L. Alonso Pacheco, R. Cruz Conde de Boom, R. Gil Redondo, R. Escudero Tornero, T. Sobral Costas y M. Mayor Arenal

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.*

**Introducción y objetivo.** El colgajo de avance-rotación inferior de la pared lateral nasal (AIRNS [Advancement and Inferior Rotation of the Nasal Sidewall] por su acrónimo en inglés), descrito hace más de 50 años, ha sido poco referido en la literatura quirúrgica reconstructiva. Se trata de un colgajo de avance-rotación miocutáneo en un solo tiempo quirúrgico, orientado a la reconstrucción de defectos del tercio distal de la pirámide nasal. Se ha postulado como alternativa al clásico colgajo bilobulado, que tiene su indicación preferente en defectos nasales ubicados en lateral de punta y suprapunta, pared lateral distal y alar medial. Presentamos los resultados de su utilización en nuestro servicio en tres casos de cirugía de Mohs, en carcinoma basocelular infiltrativo, con defectos de 22 × 17 mm, 18 × 12 mm y 20 × 18 mm.

**Métodos.** Ante un defecto distal de la pirámide nasal no susceptible de cierre directo el procedimiento a seguir consiste en: 1) Rotular el arco de rotación del colgajo lo suficientemente largo, y con una anchura de avance (base del triángulo formado) próxima a la altura del defecto quirúrgico, para evitar el riesgo de elevación del ala nasal ipsilateral. 2) Terminar con dos triángulos de Burow, uno en la unión de la pared lateral nasal superior con la mejilla, y otro en el punto de rotación inferior a lo largo del pliegue alar. 3) Despegar ampliamente el colgajo sobre el plano del pericondrio, y lateralmente en la mejilla tanto como sea necesario para permitir un cierre sin tensión, generalmente hasta el pliegue nasoyugal, para aproximar sin tensión, y suturar.

**Conclusiones.** El colgajo de transposición bilobulado presenta una técnica más compleja, mayor número y más visibles líneas de sutura, así como un incremento del riesgo de abultamiento o de asimetrías posquirúrgicas. Además, dicho colgajo no es aplicable en general a defectos con diámetro mayor superior a 1,5 cm. Las ventajas del colgajo AIRNS son un arco de rotación más corto, su fácil diseño y ejecución, la buena adecuación en textura y color al área del defecto, su amplio y seguro pedículo vascular, así como el menor riesgo de distorsión o de asimetrías en el ala o en las válvulas nasales.

### P7. TÉCNICA "LATTICE STITCH" EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Gallo Pineda, I. Villegas Romero, A. Durán Romero, M. Viedma Martínez, A. Jiménez Antón y M. Linares Barrios

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

**Caso clínico.** Un varón de 60 años consultó por una tumoración ulcerada de 3 × 1 centímetros que infiltraba el labio inferior. Como antecedentes de interés, era fumador de 20 cigarros al día desde hacía 40 años, y padecía esquizofrenia paranoide con discinesia tardía orofacial en forma de protrusión lingual. Con la sospecha de un carcinoma epidermoide localmente avanzado, se realizó una exéresis transmural del labio inferior, respetando comisura derecha, y se reconstruyó mediante plastia de avance-rotación bilateral. A las 3 semanas de la cirugía, el paciente presentó necrosis completa de la plastia debido a su discinesia tardía, que le hacía golpear de forma repetida la zona de la cirugía con la lengua. Se realizó una nueva reconstrucción mediante un colgajo de Abbe-Estlander, y en esta ocasión se ingresó al paciente para observación estrecha. A los 4 días comenzó a presentar maceración de la plastia

e inicio de dehiscencia. Inicialmente se inmovilizó la mandíbula mediante vendaje, y se dejó al paciente con dieta líquida. Ante la progresión de la necrosis y dehiscencia, se realizó una sutura de soporte tipo “lattice stitch”. Tras esta sutura de soporte, la herida progresó adecuadamente, consiguiendo una cicatrización completa a los 17 días de la segunda intervención.

**Conclusiones.** La sutura tipo “lattice stitch” es una técnica de soporte que reduce el sufrimiento de los tejidos que rodean una herida. Para realizarla, se recomienda el uso de una sutura monofilamento no reabsorbible tipo nylon, que proporciona resistencia, elasticidad, y minimiza el cizallamiento de la herida. El primer paso consiste en dar unos puntos de anclaje paralelos a menos de 5 mm de ambos bordes de la herida. Estos puntos de anclaje deben recoger todo el espesor de la piel: epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. Posteriormente, se dan puntos simples que pasan sobre la piel y recogen 2 o más puntos de anclaje. De esta forma, se distribuye la tensión de la herida de forma simétrica y bilateral, tanto en el eje horizontal como vertical, lo que previene los fenómenos de dehiscencia y necrosis. En conclusión, la reparación de defectos cutáneos extensos sobre piel atrófica puede ser un auténtico reto quirúrgico. Presentamos un caso de cirugía dermatooncológica en el que la sutura de soporte “lattice stitch” fue fundamental para la reconstrucción del defecto.

## P8. CARCINOMA BASOCELULAR DE GRAN TAMAÑO EN EL CUELLO: UNA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA OLVIDADA EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

M. Dorado Fernández, E. Vargas Laguna, J. Román Sainz, F. Gruber Velasco, B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, N. Silvestre Torner, S. Tabbara Carrascosa, M. Martínez Pérez y A. Imbernón Moya

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

**Introducción.** Los tumores localizados en la piel del cuello no son especialmente frecuentes. Además, la extirpación y el cierre directo suele ser la forma más habitual de cerrar los defectos. Sin embargo, podemos encontrarnos tumores grandes que requieran movilizar piel para la reconstrucción, como es el caso del paciente que presentamos, encontrándonos con escasa literatura publicada sobre cirugía dermatológica en esta localización anatómica.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 55 años con un carcinoma basocelular de gran tamaño mal delimitado en cara anterior de cuello, de varios años de evolución. Se realizó extirpación mediante cirugía de Mohs, cerrando el defecto resultante mediante un doble colgajo de avance-rotación.

**Discusión.** El cuello es una región anatómica con unas peculiaridades importantes que tenemos que tener en cuenta a la hora de preparar la cirugía. Al contrario que en la región facial, la vascularización es más escasa, lo cual puede limitar la supervivencia de los colgajos en igualdad de tamaño y longitud. Por este motivo, el plano de despegamiento debe ser la fascia, para garantizar el suficiente aporte sanguíneo, aunque debe prestarse mucha atención a los paquetes vasculares de la zona, con vasos de gran tamaño (arteria carótida, vena yugular) y que pasan muy cerca del plano de despegamiento. En la reconstrucción del cuello debe evitarse la realización de injertos (antiestéticos en esta localización) y las cicatrices verticales (transversales a las líneas de tensión), que con el tiempo pueden indurarse y limitar los movimientos de extensión. Por este mismo motivo debe evitarse también cualquier cierre con tensión importante. El colgajo realizado con más frecuencia en la zona del cuello es el doble colgajo de rotación en O-Z. Presentamos una alternativa con buenos resultados estéticos y funcionales para esta localización con frecuencia olvidada en la literatura científica.

## P9. RECONSTRUCCIÓN DE UNA MALFORMACIÓN VASCULAR MENTONIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO CON BUEN RESULTADO ESTÉTICO

M. Senent-Valero<sup>a</sup>, N. Jara Rico<sup>a</sup>, V. Sánchez García<sup>a</sup>, R. Hernández Quiles<sup>a</sup>, I. Betllloch Mas<sup>a,b</sup> y J.P. Devesa<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biomédica ISABIAL. España.*

**Introducción y objetivo.** La región facial, por su compleja anatomía, puede involucrar la realización de colgajos de piel para reparar defectos quirúrgicos faciales extensos. Algunos ejemplos de colgajos faciales son los colgajos de rotación, en isla, de avance y transposición. En concreto, nos centraremos en colgajos destinados a reparar defectos de la unidad estética del mentón, delimitada por el surco mentolabial, el borde inferior del mentón y por el pliegue mentolabial. En este tipo de lesiones que afectan a la línea media facial es importante la planificación previa de la reconstrucción por parte del cirujano para obtener un buen resultado funcional y/o estético. Por ello, vamos a presentar una opción terapéutica reconstructiva para defectos de esta área.

**Métodos.** Presentamos el caso de un varón de 44 años con una malformación vascular en mentón de años de evolución. La cirugía se desarrolló bajo sedación del paciente y anestesia troncular realizando un bloqueo mentoniano. Se llevó a cabo una disección minuciosa apoyándose en ligaduras para controlar la hemorragia y se procedió a la resección en bloque del defecto con diseño posterior del colgajo. Para cubrir el defecto primario se plantearon dos tipos de colgajo: un colgajo de transposición desde el surco nasogeniano para cubrir la parte superior del defecto y un colgajo de rotación adyacente para la parte inferior. Los defectos secundarios se cerraron de forma directa tratando de evitar la tensión del colgajo y piel subyacente.

**Resultados.** El postoperatorio cursó sin complicaciones inmediatas. El paciente fue revisado a los 12 meses tras la cirugía y se objetivó una buena cicatrización con un resultado satisfactorio. La anatomía patológica fue compatible con una malformación arteriovenosa subcutánea y gnatofima.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de una reconstrucción mentoniana mediante un colgajo combinado. Este colgajo es útil para defectos de gran tamaño, en los que en un solo tiempo quirúrgico se consigue extirpar y reconstruir la zona afectada, reduciendo la morbilidad asociada. La elección del colgajo ha de realizarse de forma adecuada, respetando las unidades estéticas, textura, color y localización con el fin de mejorar los resultados estéticos y reducir la posibilidad de secuelas. En definitiva, destacamos la versatilidad que presentan este tipo de reconstrucciones en la zona facial.

## P10. POSIBLES ABORDAJES DE UNA ÚLCERA CON CALCINOSIS CUTIS

J. Navarro Pascual, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, E. Cutillas Marco, J. Hernández-Gil Sánchez, M.I. Úbeda Belmonte y J. Ruiz Martínez

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

Las úlceras crónicas de las piernas siguen siendo un problema importante en nuestra sociedad. Entre las causas que contribuyen al retraso de su curación se encuentra la calcificación distrófica. A continuación, expondremos un caso que ilustra la clínica y las opciones terapéuticas disponibles en esta patología. Mujer de 77 años que consulta por presencia de una úlcera en cara anterointerna de tercio distal de pierna derecha de 6 meses de evolución. En el lecho de la herida, de 14 cm de diámetro mayor, presentaba tejido de granulación entremezclado con un material de consistencia dura,

fijado a planos profundos. La paciente refiere dolor moderado, sobre todo en las curas. Las radiografías de miembros inferiores muestran radiopaco de intensidad hueso en dicha localización. La analítica sanguínea no muestra alteración del cociente fosfocálcico ni de la PTH. Hipoalbuminemia leve. El análisis anatomopatológico de biopsia del lecho informa de la presencia de material cálcico. Con el diagnóstico de calcinosis cutis distrófica, inicialmente la úlcera se trata con curas húmedas con apósitos de hidrogel. Posteriormente, se trata con curas semanales con tiosulfato sódico al 25% más óxido de zinc al 25% en base Beeler en oclusión. Tras esto, se opta por fomentos de ácido acético al 5% y, cuando el material cálcico se torna más friable, se realiza exéresis del mismo en quirófano. En un segundo tiempo, se colocan en el lecho ulceroso injertos en sello procedentes de la cara lateral del muslo izquierdo de la paciente. Las curas se ejecutan semanalmente, realizando terapia compresiva de ambos miembros inferiores en todo momento. Los injertos prenden satisfactoriamente, y tras 6 meses la úlcera ha epitelizado completamente. La calcinosis cutis distrófica es una complicación infrecuente de las úlceras crónicas, que impide la correcta cicatrización de las mismas. El abordaje terapéutico de esta patología es un reto, no existiendo consenso. Entre las opciones de tratamiento destaca la utilización de curas húmedas con apósitos de hidrogel, que facilitan el desbridamiento autolítico; y el desbridamiento quirúrgico o exéresis con láser de CO<sub>2</sub>, como opción definitiva. Otras opciones son: bloqueantes del calcio, colchicina, minociclina y bifosfonatos orales, litotricia con ondas de choque extracorpóreas, tiosulfato sódico intravenoso y tópico y la corticoterapia intralesional.

#### P11. USO DE IMANES EN EL TRATAMIENTO DE QUELOIDES AURICULARES

L. García Almazán, C. Campoy Carreño, F. Alarcón Soldevilla, J. Pardo Sánchez, F.J. de León Marrero, T.A. Hernández Gómez, F.J. Allegue Gallego y Á. López Ávila

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.*

**Introducción y objetivo.** La formación de cicatrices queloides auriculares es cada vez más frecuente, así como también lo es la recidiva tras su extirpación. Es por ello que en ocasiones se debe plantear asociar otras terapias como radioterapia, láser, corticoides, crioterapia o presoterapia, siendo esta última en nuestro caso una alternativa fácil y accesible.

**Métodos.** Presentamos 2 casos de queloides auriculares tratados mediante exéresis quirúrgica seguida de presoterapia empleando imanes, teniendo en cuenta la presión y fuerza magnética ejercida. Realizamos seguimiento de los casos 3 meses después para ver la evolución de las lesiones.

**Resultados.** No se ha evidenciado hasta la fecha ningún signo de recidiva de las lesiones mencionadas, por lo que podemos afirmar que la tasa de recurrencia presentada es del 0% tras 3 meses de seguimiento posterior. Además, la totalidad de los pacientes de este trabajo ha expresado un alto grado de tolerancia y satisfacción con esta terapéutica, sin haber objetivado ningún tipo de complicación. Finalmente, también ha tenido implicaciones en la calidad de vida de estos pacientes, puesto que ambos refieren una notable disminución de la angustia psicológica causada por los problemas estéticos y discapacidad funcional que estas lesiones cutáneas producen.

**Conclusiones.** Los queloides auriculares son lesiones proliferativas de difícil manejo debido a su alta incidencia de recidiva, sobre todo cuando se abordan con un solo tipo de técnica. De igual modo, dichas lesiones plantean problemas reconstructivos con graves implicaciones estéticas, por lo que constituyen un importante reto para el dermatólogo. La aplicación de presoterapia con imanes en los queloides auriculares es un excelente tratamiento coadyuvante. El

magnetismo parece ejercer un papel fundamental en el mantenimiento del resultado inicial posquirúrgico gracias a la organización y reordenamiento de las fibras de colágeno que se produce, disminuyendo así la recidiva de las lesiones. Por último, cabe destacar las numerosas cualidades positivas de este tratamiento, tales como su bajo precio, su fácil aplicación y adaptación a cualquier zona del pabellón auricular, su buena tolerancia por parte del paciente así como el alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos.

#### P12. COLGAJO DE KEYSTONE TIPO III COMO OPCIÓN RECONSTRUCTIVA PARA DEFECTOS CUTÁNEOS EN EXTREMIDADES INFERIORES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R.F. Lafuente Urrez<sup>a</sup>, J. Pérez Pelegay<sup>a</sup>, J.P. Díaz Jiménez<sup>b</sup>, M. Jiménez Añón<sup>c</sup>, A. M. Ibarra Berdonces<sup>a</sup> y M.P. Hernández Orta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Apoyo a la Gestión. <sup>c</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). España.

**Antecedente y objetivos.** El cierre de los defectos cutáneos dermatológicos tras la extirpación de lesiones tumorales en los miembros inferiores supone un reto terapéutico dermatológico. En la mayoría de los casos estos tumores se presentan en pacientes añosos, con deterioro de la vascularización periférica y reducida laxitud cutánea, lo que conlleva un aumento significativo del riesgo de necrosis. El colgajo de keystone (CK) es un colgajo local fasciocutáneo descrito por Behan en 2003, que admite el cierre primario en un único acto quirúrgico tanto del defecto como de la zona dadora sin necesitar injerto cutáneo por lo que constituye una opción reconstructiva segura, que reduce el tiempo quirúrgico, con baja tasa de complicaciones, buena cicatrización de las heridas y resultados estéticos superiores a los injertos y otros tipos de colgajos. Existen cuatro subtipos de CK propuestos por Behan. En 2008, Moncrieff y sus colaboradores diseñaron el CK modificado. Hay otras variaciones a la técnica original. Se presenta un caso de resección de una lesión tumoral en la pierna con posterior reconstrucción del defecto cutáneo mediante CK tipo III (colgajo doble) y se describe la técnica quirúrgica de este colgajo y de sus variantes.

**Caso clínico.** Varón de 73 años con antecedente de HTA, insuficiencia respiratoria, dislipidemia y psoriasis que presenta un carcinoma basocelular nodular de 11 × 10 mm de diámetro en el tercio distal de la pierna izquierda de un año de evolución que fue extirpado quirúrgicamente con 5 mm de margen de seguridad, cerrándose el defecto quirúrgico creado mediante CK tipo III (dos colgajos ubicados en forma opuesta a cada lado del defecto primario). Tras la intervención se inició tratamiento antibiótico durante 8 días. La retirada de los puntos de sutura se realizó a los 14 días de la intervención, presentando una evolución sin complicaciones con un buen resultado estético.

**Conclusiones.** En el caso de nuestro paciente, la reconstrucción del defecto resultante de la extirpación de un carcinoma basocelular en la extremidad inferior mediante el CK tipo III se ha mostrado como una opción segura, sin complicaciones y con un buen resultado estético. Por tanto, consideramos que el CK y sus distintas variaciones constituyen una opción idónea de reconstrucción de los defectos quirúrgicos a nivel de las extremidades inferiores.

#### P13. MIS 5 TRUCOS EN CIRUGÍA UNGUEAL

E. Vargas Laguna, J. Román Sainz, F. Cruber Velasco, N. Silvestre Tornes y M. Dorado Fernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

**Introducción.** la cirugía ungueal es una parte de la cirugía dermatológica que supone un reto. Con pequeños conceptos básicos e



instrumental adecuado podemos ser capaces de hacer una cirugía sencilla y resolutive.

**Discusión.** 1) Único punto de infiltración del anestésico: el bloqueo anestésico proximal digital es de elección. Se pueden hacer infiltraciones con un único punto de entrada en la zona media de la falange proximal, a nivel dorsal. Para los dedos segundo, tercero y cuarto de la mano resulta útil el abordaje ventral atravesando el tendón flexor. 2) *Instrumental necesario para cirugía ungueal:* además de un equipo quirúrgico clásico, es importante disponer de un elevador del septo, de unas pinzas gubias, de unas pinzas óseas y de una lima de diamante. 3) *Matricectomías quirúrgicas segmentarias:* la eliminación de la matriz ungueal se puede hacer con una extirpación en cuña a nivel del pliegue ungueal proximal, sin necesidad de eliminar parte del pliegue ungueal lateral. 4) *Cirugía de la uña en pinza:* realizar matricectomías bilaterales con fenol acompañadas de elevación del lecho ungueal distal para poder extirpar el osteofito secundario de la falange con las pinzas gubias es una técnica quirúrgica que soluciona muchas veces esta patología. A veces no se ha producido el osteofito distal pero se puede eliminar todo el tejido cicatricial del hiponiquio y recolocar el lecho. 5) *Colocación de lámina ungueal artificial:* en los pocos casos donde sea necesario la avulsión completa de la lámina ungueal, una lámina ungueal artificial hecha con una jeringa estéril ayuda a proteger el lecho ungueal de traumatismos durante unas semanas o meses hasta que crezca la nueva lámina.

**Conclusiones.** La cirugía ungueal es una cirugía necesaria y en general bastante resolutive. Es importante una analgesia posquirúrgica adecuada, así como planificar el acto quirúrgico. Estos pequeños trucos ayudarán a realizar la cirugía ungueal con seguridad y comodidad.

#### P14. HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE EN REGIÓN GENITAL TRATADA CON CIRUGÍA

C. Lacasta Plasin<sup>a</sup>, P. García Piqueras<sup>a</sup>, M. Córdoba García-Rayó<sup>a</sup>, D. Vírveda González<sup>a</sup>, N. Medrano<sup>a</sup>, L. Jiménez Briones<sup>a</sup>, I. Capdevila<sup>b</sup>, R. Suárez Fernández<sup>a</sup> y C. Ciudad Blanco<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Cirugía Plástica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.*

La complejidad del tratamiento de la hidradenitis supurativa (HS) hace necesario un abordaje multidisciplinar. Tradicionalmente, el tratamiento de la HS ha sido un gran reto porque requiere integrar el tratamiento médico con el quirúrgico. El dermatólogo debe aportar una visión médico-quirúrgica integrada para optimizar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con HS, siempre con ayuda del resto de especialidades implicadas. Presentamos el caso de una mujer de 46 años, fumadora, con sobrepeso e hidradenitis supurativa grave desde los 12 años. Seguida en nuestra consulta de Dermatología, ha realizado tratamiento con múltiples antibióticos, isotretinoína, metotrexate, metformina y adalimumab, sin adecuado control de la enfermedad. Actualmente en tratamiento con infliximab 5 mg/kg cada 4 semanas y ciclos de antibioterapia. La paciente presenta especial afectación de la región genital con abscesos, fibrosis intensa y numerosas fístulas con empeoramiento progresivo a pesar de aumento de dosis de tratamiento biológico. Se comenta el caso clínico con el servicio de Cirugía Plástica que decide abordaje quirúrgico mediante resección de la región con trayectos fistulosos y fibrosis con posterior reconstrucción mediante colgajo de avance abdominal. Un mes tras cirugía radical se reintroduce infliximab, con adecuada tolerancia. Actualmente presenta buena evolución de la zona intervenida sin dolor y una mejoría notable en su calidad de vida. Mientras que los agentes sistémicos son útiles para disminuir el componente inflamatorio de las lesiones de HS, el tratamiento quirúrgico es necesario para eliminar el tejido desestructurado que se forma como consecuencia de la progresión de la enfermedad. A pesar de la negativa inicial de muchos pacien-

tes a someterse a cirugía, aquellos casos con una afectación grave o enfermedad de más difícil control requieren un doble tratamiento (médico y quirúrgico), con resultados a menudo satisfactorios y una mejoría importante en la calidad de vida de los pacientes. Presentamos un caso clínico de HS grave en región genital refractaria a todo tipo de tratamientos médicos que requirió cirugía radical para control de los brotes.

#### P15. RECONSTRUCCIÓN DEL LABIO INFERIOR UTILIZANDO COLGAJO DE HEMI-BERNARD-WEBSTER EN DEFECTOS MAYORES DEL 50%

F. Gruber-Velasco, E. Vargas-Laguna, N. Silvestre-Tórner, M. Dorado-Fernández, J. Román-Sainz y B. Romero-Jiménez

*Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

**Introducción.** La cirugía oncológica de labio inferior representa un reto terapéutico debido a la importancia de respetar la funcionalidad y limitar la microstomía del esfínter labial. Existen múltiples técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del labio, mediante colgajos que utilizan piel del mentón, labio superior o de la mejilla. **Caso clínico.** Paciente de 82 años que acude a consultas de dermatología presentando lesión ulcerada de 2 cm de diámetro en el labio inferior. Se realiza biopsia de la lesión en la que se observa carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado sobre queratosis actínica. Se decide extirpación de la lesión y reconstrucción mediante la técnica de hemi-Bernard-Webster. En las revisiones sucesivas no se observó limitación de la microstomía y a los 6 meses el paciente tenía una funcionalidad completa del esfínter oral.

**Discusión.** Debido a la localización y tamaño del tumor se decidió realizar la exéresis del tumor y reconstrucción mediante la técnica de hemi-Bernard. Con esta técnica se reconstruye el bermellón mediante un colgajo de trasposición de mucosa del triangulo del surco nasogeniano. Mediante esta técnica se evita la microstomía, se mantiene la funcionalidad del esfínter labial y se ofrece un resultado estético en pacientes con tumores que ocupan más del 50% del labio inferior. Clásicamente esta técnica se utilizaba para tumores localizados en la zona central del labio. Con la modificación hemi-Bernard únicamente se realiza la incisión en el hemilabio ipsilateral del tumor, y se consigue cerrar defectos lateralizados.

**Conclusiones.** Los principales objetivos que conseguir en la cirugía oncológica del labio inferior son: la competencia oral adecuada, la limitación de la microstomía, la reconstrucción cuidadosa del bermellón y el respeto por la simetría labial y la proporción entre ambos labios. Mediante colgajos como el hemi-Bernard-Webster conseguimos, especialmente en pacientes de edad avanzada, una correcta reconstrucción de defectos de labio inferior superior al 50%.

#### P16. CIRUGÍA DE MOHS. UN CASO COMPLEJO QUE NOS HA ENSEÑADO

I. Bernad Alonso<sup>a</sup>, A. Ballano Ruiz<sup>a</sup>, L. Bernal Masferrer<sup>a</sup>, A. Diago Irache<sup>a</sup>, C. Yus Gotor<sup>b</sup>, M.C. Gómez Mateo<sup>b</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>a</sup>, I. Hernández Aragües<sup>a</sup> y Y. Gilaberte Calzada<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Introducción y objetivo.** La cirugía de Mohs es una técnica quirúrgica que consiste en extirpar el tumor por capas, con estudio al microscopio de cada una de ellas hasta que se consiguen márgenes libres, para evitar recidivas. Hay casos que por su complejidad resultan difíciles de abordar. Se presenta un caso complejo de un paciente tratado con cirugía de Mohs.

**Métodos.** Varón de 72 años con pequeña lesión ulcerada en lado derecho de punta nasal de unos meses de evolución. Se observaba

una lesión de 1 × 1 cm con vascularización engrosada periférica y costra central. La biopsia fue compatible con carcinoma basocelular infiltrativo. En la primera cirugía se extirpó la lesión, y ante la mala delimitación de la misma y la sospecha de que los márgenes pudieran estar afectos, se envió para control microscópico de márgenes en diferido dejando el defecto cicatrizar por segunda intención hasta tener el resultado anatomopatológico. Se confirmó afectación de todos los márgenes por lo que se programó para cirugía de Mohs. Dado el tamaño del defecto, previo a la cirugía, se realizó un mapeo con 4 biopsias en la periferia, para estimar hasta donde llegaba el tumor. Una de las biopsias estaba afectada con invasión perineural. Tras 3 estadios de cirugía de Mohs se consiguió márgenes libres siendo el defecto final mucho más grande de lo esperado a pesar del mapeo previo. Por tamaño del defecto final y dado que se conservaba la estructura cartilaginosa de la nariz, y además, para un mejor control oncológico, se decidió reconstruir con un injerto de piel total y se planteó radioterapia adyuvante por haber infiltración perineural. Se muestra iconografía del caso paso a paso.

**Conclusiones.** Este caso nos ha enseñado que: 1) A veces nos encontramos casos en los que está indicada la cirugía de Mohs pero no podemos realizarla en ese momento. Con este caso hemos aprendido que es preferible no cerrar el defecto con un colgajo a pesar de que el defecto sea grande y esperar a confirmar que el margen está libre. 2) El mapeo mediante biopsias de la periferia del tumor es una buena opción para programar la cirugía de Mohs en casos complejos. 3) Pensamos que en este caso el injerto de piel total era la mejor opción reconstructiva dado el tamaño del defecto final y la invasión perineural, para un mejor control oncológico posterior.

#### P17. MEMBRANA SINTÉTICA EN CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN DE UN DEFECTO CON EXPOSICIÓN TENDINOSA

A.B. Felipe Robaina, E. Castro González, Á.M. García Miñarro, N.D. Naranjo Guerrero, G. Suárez Mahugo, P. Naranjo Álamo y G. Carretero Hernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.*

**Introducción y objetivo.** La cicatrización por segunda intención es una opción de reparación del defecto quirúrgico en situaciones especiales. Ilustramos un caso con esta alternativa terapéutica mediante la aplicación de membrana sintética en un defecto con exposición tendinosa.

**Métodos.** Se expone el caso de una mujer de 87 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia y enteritis, que presentó una lesión melanocítica atípica de largo tiempo de evolución en el quinto dedo de la mano derecha. A la exploración física, se observaba una mancha marrónácea, asimétrica en forma y color, de 3 cm de diámetro mayor.

**Resultados.** Se realizó extirpación de la lesión y cobertura mediante membrana sintética fina y microporosa compuesta por ácido poliláctico. Se envió la muestra para estudio histológico, con el resultado de melanoma de extensión superficial y bordes de resección respetados. Se realizaron curas hospitalarias con mupirocina y apósito hidrocólicoide semanales los dos primeros meses y cada dos semanas los dos últimos meses hasta la completa reepitelización de la herida quirúrgica. Además, se llevó a cabo un seguimiento clínico y ecográfico cada seis meses. Durante su evolución, la paciente presentó un buen estado de la herida quirúrgica sin signos de sobreinfección y con progresiva formación de tejido de granulación al cabo de un mes y medio desde la intervención. No refirió dolor y conservó la fuerza, sensibilidad y función del dedo tanto a la extensión como a la flexión de las articulaciones interfalángicas distales y proximales. El resultado estético fue óptimo.

**Conclusiones.** Las membranas sintéticas son utilizadas como sustituto cutáneo en heridas epidérmicas y dérmicas producidas por

quemaduras y abrasiones. Aunque su uso no está recomendado en heridas con defectos más profundos, algunos autores han empleado membranas sintéticas para la cobertura inmediata de heridas complejas con exposición tendinosa, con buenos resultados cosméticos y funcionales asociados. Estas membranas tienen como ventajas la reducción del tiempo de cicatrización, minimizar el riesgo de infección, disminuir el cambio de apósitos y obtener una movilidad temprana. Se necesitan más estudios para valorar los resultados a largo plazo. Por tanto, las membranas sintéticas pueden ofrecer una opción terapéutica para la cobertura de defectos complejos.

#### P18. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS PARA DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN EL CUERO CABELLUDO

T. Ródenas Herranz<sup>a</sup>, L. Linares González<sup>a</sup>, F.M. Almazán Fernández<sup>a</sup>, J.J. Vega Castillo<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup> y J.M. Ródenas López<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>b</sup>Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Introducción.** Los tumores cutáneos se localizan con frecuencia en el cuero cabelludo al ser una zona en constante exposición a la radiación solar. La reconstrucción de defectos quirúrgicos en esta área supone un desafío para el dermatólogo. Se trata de una zona con poca distensibilidad, en ocasiones agravada tras la realización de cirugía o radioterapia previas. El abordaje quirúrgico del cuero cabelludo precisa de una evaluación detallada de las características del paciente y la comprensión integral de la anatomía de esta área. Las capas del cuero cabelludo se describen con las siglas "SCALP" en inglés: la piel (skin) que contiene glándulas y folículos pilosos; el tejido conectivo con vasos sanguíneos y nervios; el sistema aponeurótico superficial que consta del músculo occipitofrontal y su fascia de revestimiento; el tejido conectivo laxo con el compartimento subaponeurótico que permite el desplazamiento de las capas superiores y el periostio sobre la superficie externa del cráneo.

**Casos clínicos.** Presentamos diversos colgajos locales que se pueden utilizar en la reconstrucción del cuero cabelludo, incluyendo colgajos de avance, rotación y transposición. El colgajo de rotación se adapta mejor a la anatomía del cuero cabelludo, lo que a menudo lo convierte en la plastia de elección. Siempre que sea posible, se debe utilizar el diseño más sencillo. Mostramos distintas opciones reconstructivas con adecuados resultados estéticos y funcionales, según nuestra experiencia. Destacamos el triple colgajo de Limberg, el doble colgajo de rotación O-Z, el colgajo de triple avance tipo Mercedes, las incisiones de descarga con suturas reforzadas y el colgajo del lector. Los pacientes presentaron una buena evolución postoperatoria, con adecuada cicatrización.

**Conclusiones.** Aportamos diferentes colgajos de fácil realización como alternativa segura que garantiza bajo riesgo de necrosis y máxima preservación de piel sana. Los colgajos locales de cuero cabelludo son una opción adecuada para cubrir grandes defectos con poca morbilidad, baja tasa de complicaciones y buenos resultados estéticos.

#### P19. COLGAJO EN CHARNELA: RECONSTRUCCIÓN NOVEDOSA PARA UN DEFECTO DE ESPESOR TOTAL DE ALA NASAL

L. Marquès Martín, J.M. Marquès García y C. Matas Nadal

*Servicio de Dermatología. Hospital Santa Caterina. Girona. España.*

**Introducción y objetivo.** La reconstrucción de defectos de espesor total en la pirámide nasal puede ser compleja por la necesidad de reparar todas las estructuras (mucosa nasal, cartilago y piel) y/o de

proporcionar un sostén adecuado de la zona sin comprometer su funcionalidad y estética. El aporte del soporte estructural suele ser complicado. Se puede utilizar cartilago autólogo de la región septal, auricular o costal y hueso (aumento morbilidad de la zona dadora y riesgo de necrosis), o materiales biocompatibles como el titanio o el bioetileno, con riesgo de infección o de reacción a cuerpo extraño.

**Métodos.** Presentamos un paciente de 91 años con reconstrucción de un defecto de espesor total de ala nasal y lateral izquierdo de pirámide nasal, aprovechando el pedículo del colgajo nasogeniano torsionado invertido necrosado de la cirugía oncológica previa. Se labra el colgajo manteniendo unida la parte en contacto con el defecto como si fuera una "charnela", permitiendo el deslizamiento de la capa más exterior hacia el interior del defecto utilizando la piel como la capa interna de mucosa nasal. Posteriormente se cubre la parte expuesta de tejido subcutáneo tanto del defecto como de la zona dadora con un injerto preauricular de una sola pieza que ocupe ambas zonas.

**Resultados.** El resultado estético y funcional es satisfactorio, y además en el mismo acto quirúrgico se ha reconstruido el defecto a la vez que reparado la anomalía resultante de la cirugía previa. Proporciona un sostén adecuado en el postoperatorio y en los controles posteriores. Además, este caso permite ilustrar intraindividualmente el resultado de un colgajo de pedículo torsionado nasogeniano (necrosado al cabo de pocos días poscirugía) y el resultado del colgajo que presentamos, y las diferencias entre los mismos.

**Conclusiones.** El colgajo en charnela no está descrito hasta el momento y los autores lo proponen como una opción reconstructiva útil para los defectos de espesor total de la nariz. Como ventajas, se minimiza el riesgo de necrosis comparado con el colgajo de torsión nasogeniano clásico, y no se requiere de otro sistema de sostén adicional. Asimismo, extrapolando el buen resultado observado, sugerimos plantear este colgajo como primera opción reconstructiva utilizando la zona craneal del defecto de la misma forma, sin ser una solución reparadora como ha sido además en este caso.

## P20. VENTANA DE OPORTUNIDAD EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Ureña-Paniego<sup>a</sup>, A. Soto-Moreno<sup>a</sup>, J.Á. Rodríguez Pozo<sup>a</sup>, D. Muñoz-Barba<sup>a</sup>, A. Martínez-López<sup>a</sup>, S. Arias-Santiago<sup>a,b</sup> y A. Molina-Leyva<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. España.

**Introducción.** La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo piloso que afecta a las regiones corporales que presentan glándulas apocrinas, especialmente axilas y área anogenital. Destaca su carácter progresivo y destructivo, que produce daños irreversibles.

**Objetivo.** Este estudio pretende evaluar si un tratamiento quirúrgico precoz, en estadios más iniciales de la enfermedad, se asocia con procedimientos quirúrgicos o intervenciones menos agresivos.

**Pacientes y método.** Estudio de cohortes que incluyó a pacientes con hidradenitis supurativa moderada-grave, intervenidos mediante extirpación amplia y cierre por segunda intención. La progresión de la enfermedad se evaluó por la duración de la enfermedad, el daño estructural según el estadio de Hurley, la gravedad inflamatoria con el IHS4, y la agresividad de la intervención mediante 2 cm de piel extirpada.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 80 pacientes, con una edad media de 35,91 (11,33) años y una proporción hombre:mujer de 0,56 (29:51). La duración media de la enfermedad fue 12,28 (9,35) años, encontrándose en estadio Hurley II el 80% (64/80) y en estadio Hurley III 16/80. La gravedad inflamatoria media según IHS4 fue 7,73 (4,36), la tasa de recurrencias a las 68 semanas de seguimiento del 23,75% (19/80) y el área extirpada media 24,78 (11,79) cm<sup>2</sup>. Observamos

que una mayor duración de la enfermedad ( $p < 0,05$ ), un estadio de Hurley II-III ( $p < 0,02$ ) y una mayor puntuación IHS4 ( $p < 0,01$ ) se correlacionaron con una intervención quirúrgica más agresiva. Este hecho supuso una mayor tasa de recurrencias ( $p < 0,1$ ).

**Conclusiones.** Al igual que existe una ventana de oportunidad médica en la que el tratamiento médico puede evitar la cirugía, también hay probablemente una ventana de oportunidad quirúrgica. El tratamiento quirúrgico precoz y proactivo de los pacientes con hidradenitis supurativa probablemente implica cirugías de menor extensión y con mejores resultados a medio plazo.

## P21. APLICACIÓN INUSUAL DEL COLGAJO EN HACHA BILATERAL EN DEFECTOS GRANDES

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

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

El colgajo en hacha bilateral es una plastia local que combina dos colgajos en hacha contrapuestos. El movimiento de rotación con mayor o menor componente de avance de ambos colgajos confiere versatilidad, siendo muy útil en la reconstrucción de defectos quirúrgicos de gran tamaño en diferentes áreas anatómicas. Destaca por su fácil diseño: la longitud de ambos colgajos es aproximadamente 1,5 veces el diámetro del defecto y el pedículo vascular de cada colgajo equivale al radio del defecto. Se realiza la rotación y avance de ambos colgajos y cierre por planos del área medial de avance. Las zonas donantes de los colgajos se cierran en V-Y. Describimos la utilidad del colgajo en doble hacha en defectos de gran tamaño en localizaciones anatómicas donde el uso de este colgajo no está muy extendido. 1) *Cuero cabelludo*: el colgajo en hacha bilateral permite la cobertura de defectos medianos o grandes del cuero cabelludo. Aplicamos esta plastia en una paciente de 70 años que tras cirugía de Mohs diferida de un carcinoma epidermoide en cuero cabelludo presentaba un defecto quirúrgico de 6 cm de diámetro. No se evidenciaron complicaciones durante el postoperatorio inicial ni tardío (necrosis, hematoma, dehiscencia de sutura). A los 3 meses de la cirugía el resultado estético era excelente, sin áreas alopecicas ni cambios en la orientación del pelo. 2) *Escápula*: el doble colgajo en hacha supone una técnica reconstructiva adaptable al defecto, siendo útil en grandes defectos localizados en tronco. Empleamos esta plastia en un varón de 69 años con carcinoma basocelular de 9,5 cm en región escapular derecha. Se extirpa la lesión mediante cirugía de Mohs diferida con un defecto resultante de 12 × 12 cm. Provisionalmente se realizó una aproximación parcial de los extremos del defecto y cierre con sustituto de piel biosintético en la zona central. Tras este primer estadio se obtienen márgenes negativos. El defecto resultante de 10 × 6 cm se cierra mediante doble colgajo en hacha.

**Conclusiones.** El colgajo en hacha bilateral es una herramienta útil en el cierre de grandes defectos quirúrgicos, fácil de diseñar y realizar, con mínima morbilidad del área donante y con mínimas complicaciones posquirúrgicas. El resultado estético es excelente, destacando la preservación de la orientación del pelo en cuero cabelludo.

## P22. CIRUGÍA GANGLIONAR CONSERVADORA COMO TRATAMIENTO PARA PACIENTES AFECTOS DE MELANOMA CUTÁNEO Y METÁSTASIS GANGLIONARES CON BAJA CARGA TUMORAL

J.P. Tirado Pérez<sup>a</sup>, A. Fernández Orland<sup>a</sup>, L. Ferrándiz Pulido<sup>a</sup>, T. Ojeda Vila<sup>a</sup>, T. Cambil<sup>b</sup>, P. de la Riva<sup>b</sup>, J.J. Ríos Martín<sup>c</sup> y D. Moreno Ramírez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Melanoma. Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica. Servicios de <sup>b</sup>Medicina Nuclear y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Introducción.** La disección ganglionar (DG) continúa siendo el tratamiento de primera línea en pacientes con melanoma y metástasis ganglionares reseccables, aunque este procedimiento no ha demostrado, hasta la fecha, beneficio en la supervivencia global o específica por melanoma.

**Objetivo.** Valorar la supervivencia de pacientes con metástasis ganglionares de melanoma tratados mediante cirugía ganglionar conservadora (CGC).

**Métodos.** Estudio longitudinal retrospectivo para comparar la supervivencia de pacientes con melanoma en estadio N1b-N2b con baja carga metastásica ganglionar tratados con DG o CGC. Técnicamente, la CGC implica la extirpación de ganglio/ganglios metastásicos de manera radioguiada. Las variables de resultado principal fueron la supervivencia libre de recurrencia ganglionar (SLRG), supervivencia libre de progresión y supervivencia global (SG).

**Resultados.** Treinta y tres pacientes con metástasis ganglionares fueron tratados quirúrgicamente, 75,8% con DG (n = 25) y 24,2% con CGC (n = 8). No se encontraron diferencias en recurrencia ni progresión ganglionar entre los grupos de estudio (12% vs. 12,5%; p = 0,979 y 37,5% vs. 60%; p = 0,681, respectivamente). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en SLRG, supervivencia libre de progresión o SG entre los pacientes tratados con DG o CGC.

**Conclusiones.** La cirugía ganglionar conservadora representa una técnica quirúrgica novedosa para paciente afectos de melanoma con metástasis ganglionares limitadas, sin impacto negativo en la SLRG o SG.

## Póster oncología

### P23. CONDRODERMATITIS NODULARIS HELICIS Y ENFERMEDAD DE BUERGER: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y ESTUDIO PILOTO MULTICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES

J. Carrero Martín<sup>a</sup>, J.M. Llana Coto<sup>b</sup>, F. Vázquez López<sup>a</sup>, B. Gómez Vila<sup>a</sup>, B. Vázquez Losada<sup>a</sup>, S. Reyes García<sup>a</sup> y M. González-López<sup>c</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Cirugía Vascul. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

**Introducción y objetivo.** Se ha descrito la posible asociación de condrodermatitis nodular (CN) con enfermedades inflamatorias relacionadas con el tabaco. En este estudio piloto hemos investigado, por primera vez, la prevalencia de la enfermedad de Buerger (EB) en pacientes con CN de inicio precoz.

**Métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo, caso-control. La frecuencia de EB se valoró en pacientes con CN ( $\leq 61$  años al diagnóstico histológico) y en controles pareados (por edad, sexo y fecha de diagnóstico y en una proporción de 1:2), diagnosticados en el mismo periodo (años 2000-2018) y hospitales. Se registraron todos los diagnósticos de EB desde el año 2000 hasta el fin del estudio (1 de enero de 2018), última visita o fallecimiento del paciente. La diferencia entre muestras se evaluó mediante la prueba exacta de Fisher.

**Resultados.** Se incluyeron 130 pacientes con CN precoz y 259 controles (ratio 1:2): (hombres: 76,9% en casos y 76,8% en controles (p = 1,00); edad media: 52,7 años en casos y 52,6 años en controles (p = 0,827);

tiempo medio de seguimiento: 9,1 años en casos y 9,3 años en controles (p = 0,875). La EB fue más frecuente en pacientes con CN precoz (2/130; 1,53%) que en los controles pareados (0/259; 0%) (p = 0,15). Se analizaron las manifestaciones clínicas de los dos varones con esta asociación, de los cuales uno falleció varios años después del diagnóstico de EB.

**Discusión y conclusiones.** La EB es una forma de vasculitis dependiente del tabaquismo. La afectación cutánea puede ser la primera manifestación, en forma de úlceras isquémicas, sobre todo en las extremidades inferiores; fenómeno de Raynaud y tromboflebitis superficial. La CN es una enfermedad benigna auricular, que también podría relacionarse con el tabaquismo. En este estudio piloto multicéntrico, la EB fue más frecuente en pacientes con CN precoz que en los controles pareados, pero el número de eventos fue escaso y la asociación no significativa. No obstante, hay que considerar la escasa frecuencia de la EB en Europa y, por tanto, la escasa probabilidad de eventos en el periodo evaluado. Teniendo en cuenta la dificultad inherente al estudio de las enfermedades poco frecuentes, nuestros resultados justifican la construcción de investigaciones de mayor tamaño, dado el interés potencial de esta asociación para los pacientes.

### P24. EXTENSIÓN PAGETOIDE DE CARCINOMA UROTELIAL DE URÉTER A PIEL

R. Linares Navarro, V. Onecha Vallejo, M. Criado Otero y M.Á. Rodríguez Prieto

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

**Caso clínico.** Varón de 68 años de edad con antecedente de carcinoma urotelial in situ vesical tratado con cistectomía radical laparoscópica con derivación cutánea abdominal del uréter izquierdo hacía siete años. Dos años más tarde se sometió a ureterectomía izquierda y nefrostomía por afectación neoplásica del uréter izquierdo. Cinco años después, acude a consulta de Dermatología por una placa eritematoescamosa localizada en la región abdominal izquierda, en la zona de la antigua ostomía, ya cerrada. La biopsia de la lesión fue compatible con extensión cutánea pagetoide de carcinoma urotelial. Se decidió realizar una ureterectomía laparoscópica y resección de la lesión cutánea en el mismo tiempo quirúrgico. Durante la intervención se objetivó que el extremo distal del uréter izquierdo residual se encontraba adherido a la pared abdominal, justamente en la zona correspondiente a la lesión cutánea. El análisis histológico del uréter fue compatible con un carcinoma urotelial sólido de alto grado que infiltraba la piel con extensión pagetoide.

**Discusión.** Melicow et al. describieron por primera vez la variante pagetoide del carcinoma urotelial in situ en 1952. En nuestro caso se consideró como una extensión pagetoide por contigüidad del carcinoma urotelial debido a la localización de la lesión cutánea fuera de las zonas típicas de la enfermedad de Paget, coincidiendo con la zona de adherencia del uréter a la pared abdominal. Sin embargo, la neoplasia en el uréter residual y la presente años atrás en vejiga no presentaban un patrón pagetoide. Este fenómeno también se ha descrito en el caso comunicado por Ito et al., que proponen que las células pagetoides podrían haberse desarrollado de novo a partir del carcinoma urotelial. La inmunohistoquímica puede ayudarnos a discriminar entre un Paget primario y secundario, correspondiéndose este último a una extensión pagetoide de una neoplasia extracutánea. La positividad conjunta de CK7, CK20 y P63 es característica de la enfermedad de Paget secundaria y obliga a descartar la presencia de una neoplasia interna maligna. Debemos ser conscientes de la posibilidad de una recidiva en pacientes con antecedente oncológico del aparato urinario ante lesiones de morfología pagetoide no solo del área periostomal, sino también abdominal.

## P25. LINFOMAS CUTÁNEOS EN EL ÁREA NORTE DE GRAN CANARIA DURANTE EL PERÍODO 1993-2021

G. Suárez Mahugo, J. Bastida Iñarrea, N.D. Naranjo Guerrero, A.B. Felipe Robaina y P. Naranjo Álamo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España*

**Introducción.** Los linfomas cutáneos (LC) constituyen una patología poco frecuente, por lo que resulta difícil recopilar datos fiables acerca de su epidemiología. En esta serie de casos analizamos todos los casos recogidos en nuestro servicio durante el período de marzo de 1993 a noviembre de 2021.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron los casos diagnosticados y/o en seguimiento mediante consulta de las bases de datos y archivos disponibles de nuestra Unidad de Linfomas, para el período 1993-2021. Todos los pacientes cumplen los criterios diagnósticos de LC establecidos. Hemos utilizado la clasificación de los LC primarios conjunta de la OMS-EORTC de 2018 y también hemos incluido en el estudio los secundarios.

**Resultados.** Hemos encontrado 122 casos de linfoma T y 84 casos de linfoma B. De los linfomas T, 102 fueron primarios cutáneos y solo 20 secundarios (incluyendo 8 anaplásicos, 7 angioinmunoblásticos, 4 periféricos NOS y uno probable leucemia de células NK). En el caso de los linfomas B, 43 fueron primarios y 41 secundarios.

**Conclusiones.** Los datos encontrados en nuestra población concuerdan en líneas generales con los publicados hasta ahora en la literatura.

## P26. CARCINOMA BASOCELULAR LINEAL. UN SUBTIPO CLÍNICO ATÍPICO EN UNA LOCALIZACIÓN ATÍPICA

R. Aragón Miguel, H. Muñoz González, I. Alonso García, A. Lapresta Lázaro, M.G. Robayna Torres, O. González Valle e I. Martín González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Getafe. España.*

**Introducción.** El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente del cuerpo humano. Se han descrito varios subtipos clínicos e histológicos. El subtipo clínico lineal fue descrito por primera vez en 1985, desde entonces se han descrito más de 30 casos.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años de edad con factores de riesgo cardiovascular y adenoma suprarrenal bilateral pendiente de cirugía. Nos consultan desde cirugía vascular por una lesión localizada en región poplítea derecha de año y medio de evolución sin buena evolución pese a curas en su centro de salud. Desde cirugía vascular descartan origen vascular de la lesión. Presenta una placa lineal de 6 cm de longitud, eritematosa, ulcerada, carnosa, con sangrado espontáneo, localizada en hueco poplíteo derecho. Se realiza una biopsia cutánea que muestra nidos sólidos y cordones infiltrativos, formados por células basaloideas atípicas, con frecuentes imágenes de mitosis y apoptosis, con empalizada periférica poco neta, en el seno de estroma desmoplásico. Estos hallazgos son compatibles con CBC ulcerado, tipo infiltrativo-desmoplásico. Se decide realizar extirpación completa de la lesión.

**Discusión.** El CBC lineal es una variante morfológica poco común. Parece extenderse preferentemente en una dirección, dando como resultado una morfolología lineal característica, con bordes rectos. Histológicamente puede variar desde un subtipo nodular, el más frecuente, hasta un subtipo más agresivo, como es nuestro caso. La mayoría de los CBC lineales se localizan a lo largo de las líneas de tensión de la piel, sobre todo en región periocular. Es raro encontrar este tipo de CBC en extremidades. Debemos considerar la posibilidad de un CBC lineal en presencia de una lesión lineal, de aspecto cicatricial, infiltrada, particularmente en el párpado inferior o en la región de las mejillas. El tratamiento es quirúrgico y suele precisar un mayor margen para su extirpación completa.

## P27. CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS DE LOS CARCINOMAS ESCAMOSOS DIGITALES ASOCIADOS A VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO. ESTUDIO BICÉNTRICO RETROSPECTIVO

L. Serra García<sup>a</sup>, I. Martí Martí<sup>a</sup>, X. Bosch Amate<sup>a</sup>, D. Morgado Carrasco<sup>a</sup>, R. Albero González<sup>b</sup>, Á. Santos Briz<sup>c</sup>, L. Puebla Tornero<sup>d</sup>, L. Revelles Peñas<sup>d</sup>, J. Cañueto<sup>d</sup>, L. Alós<sup>b</sup> y A. Toll<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Introducción y objetivo.** Recientemente se ha relacionado el desarrollo de carcinoma escamoso cutáneo (CEC) digital con infección por virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR), proponiéndose una transmisión genitodigital. El objetivo del presente estudio es describir la prevalencia, características clínicas, histopatológicas y pronósticas de los CEC digitales asociados a VPH-AR.

**Método.** Este estudio observacional bicéntrico incluyó a pacientes con exéresis de CEC digital entre enero de 2013 y diciembre de 2020. Se recogieron retrospectivamente características epidemiológicas, clínicas, histológicas, tratamientos realizados y respuesta terapéutica. Se determinó la presencia de infección por VPH mediante PCR. Se realizó un estudio estadístico comparativo de variables recogidas entre los tumores con VPH-AR y sin VPH-AR, mediante Chi-cuadrado de Pearson, T de Student y U Mann-Whitney.

**Resultados.** Un total de 45 pacientes (45 tumores) con CEC digital fueron incluidos. Se detectó VPH en más de la mitad de los tumores (55,6%) siendo VPH-AR en 33,3% de los tumores (22% serotipo 16). Los tumores con VPH-AR se localizaban en pacientes más jóvenes (62,4 vs. 81,1 años;  $p = 0,001$ ), eran más pequeños (1 vs. 1,5 cm;  $p = 0,07$ ) y más frecuentemente intraepidérmicos (60 vs. 20%,  $p = 0,004$ ). La ausencia de elastosis ( $p = 0,030$ ) e inflamación ( $p = 0,026$ ) y la presencia de una morfología no-queratinizante ( $p = 0,003$ ) se identificaron como variables subrogadas de la presencia de VPH-AR. La positividad media de p16 fue el 61% en tumores con VPH-AR y el 36,3% en tumores sin VPH-AR ( $p = 0,061$ ). La tasa de recaída fue mayor en tumores con VPH-AR (58,3 vs. 34,5%), aunque no estadísticamente significativa. Se detectó VPH-AR en un 26,9% de los tumores afectando el área proximal del dedo.

**Conclusiones.** Los CEC digitales asociados a VPH-AR predominan en pacientes jóvenes, son más pequeños, menos infiltrativos y probablemente más recurrentes que los no asociados a VPH-AR. La presencia de morfología basaloide y la ausencia de elastosis e inflamación podrían emplearse como marcadores para la detección de VPH-AR. Nuestro estudio refuerza la posible relación etiopatogénica entre la infección por VPH-AR y desarrollo de CEC digital. Proponemos la necesidad de explorar regiones genitales en pacientes con CEC digital asociado a VPH-AR, y viceversa.

## P28. CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL MELANOMA MÚLTIPLE

M. Colmenero Sendra<sup>a</sup>, I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, N. Blázquez Sánchez<sup>a</sup>, R. Fúnez Liébana<sup>b</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>c</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.*

**Antecedentes y objetivo.** Los pacientes diagnosticados de un melanoma cutáneo tienen más riesgo de padecer nuevos melanomas. La incidencia de melanoma múltiple varía del 1,3-8%. Sin embargo, los factores de riesgo y el coste-beneficio del seguimiento son motivo de controversia. El objetivo es determinar la incidencia de melanoma múltiple entre los pacientes con melanoma de nuestra población. Identificar predictores de riesgo de melanoma múltiple.

**Métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes diagnosticados de melanoma durante el periodo 2000-2021. Recogimos como variables: edad, sexo, fototipo, nacionalidad, localización, Breslow, tipo anatómico y antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Realizamos una regresión logística multivariante tomando como variable resultado la presencia de melanoma múltiple ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Estudiamos un total de 1202 pacientes con melanoma, 110 (9,2%) presentaron múltiples melanomas. La edad media fue de 60,4. En las siguientes variables obtuvimos diferencias significativas entre melanoma único y múltiple: sexo (11,4% varón vs. 6% mujer), nacionalidad (norte y centroeuropea 17,3% vs. española 6%), fototipo, (I- II 11,4 vs. III-IV 5,8%), antecedentes de CCNM (sí 16,2 vs. no 7,5%). De las demás variables, no encontramos diferencias significativas. En la regresión logística realizada, obtuvimos que todas ellas constituían un factor de riesgo independiente del resto para melanoma múltiple. Sexo (OR: 1,7; IC: 1,1-2,6), fototipo (OR: 1,9; IC: 1,1-3,3), nacionalidad (OR: 2,2; IC: 1,4-3,4, CCNM (OR: 1,7; IC: 1,1-2,7). En la comparativa realizada entre el primer y segundo melanoma no hubo diferencias significativas para ninguna de las variables, siendo el tiempo medio de seguimiento hasta el segundo melanoma de 10 meses, con un máximo de 185 meses.

**Conclusiones.** Hemos presentado una cohorte de 1202 pacientes con melanoma y una incidencia del 9,2% para melanoma múltiple, mayor de la que se recoge en la literatura. Esto puede ser debido a las características de nuestra población, con una mayor cantidad de extranjeros (norte y centroeuropeos). Estos hallazgos nos ayudan a definir los grupos de riesgo. Además, a tenor de nuestros resultados, parece necesario incentivar las campañas de prevención primaria en sus países de origen.

### P29. SERIE DE CASOS DE ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

M. Colmenero Sendra<sup>a</sup>, J.B. Jiménez Repiso<sup>a</sup>, I. Fernández Canedo<sup>a</sup>, R. Fúnez Liébana<sup>b</sup> y M. de Troya Martín<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España.

**Introducción y objetivo.** La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia maligna infrecuente que asienta en piel rica en glándulas apocrinas. En los casos de EPEM secundaria existe una neoplasia subyacente, cuya probabilidad varía en función de la localización. El objetivo es realizar una revisión de los casos de EPEM en nuestro servicio.

**Métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de EPEM. Registramos la edad, el sexo, la localización, el tratamiento realizado, el tiempo de seguimiento, las pruebas de extensión, la presencia o ausencia de recaída (local o a distancia), neoplasia subyacente y la invasión en profundidad a nivel histológico.

**Resultados.** Se registraron 8 pacientes con una edad media 66 años, un 90% mujeres. Seis casos asentaban en vulva, uno en pubis y otro en la región perianal. El tratamiento de 6/8 pacientes fue cirugía de Mohs en diferido, uno con imiquimod 5% tópico y uno con cirugía convencional. El tiempo medio de seguimiento fue de 65,8 meses. Dos pacientes presentaron recaída, una local a los 92 meses y otra a distancia a los 23. A todos se les realizó el diagnóstico una TAC. En los casos de EPEM vulvar se llevó a cabo mamografía y exploración ginecológica, el de localización perianal colonoscopia y endoscopia, y al que asentaba en pubis, cistoscopia y PSA. Un caso se asoció a un adenocarcinoma de endometrio y otro a un adenocarcinoma de colon. A nivel histológico, en una muestra se observó invasión dérmica.

**Conclusiones.** Hemos presentado una serie de 8 casos de EPEM. La mayoría son mujeres con EPEM primarios. El único caso en diseminarse a distancia tenía invasión dérmica en la biopsia. Ninguno de los pacientes tratados mediante cirugía micrográfica ha tenido recidi-

vas a nivel local ni a distancia. La cirugía de Mohs se considera el tratamiento de elección en la EPEM.

### P30. PAPEL DE CREB EN EL DESARROLLO Y PROGRESIÓN DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

L. Reguero del Cura<sup>a,b</sup>, F. Ruso-Julve<sup>a</sup>, M. González<sup>c</sup>, C. González-Vela<sup>d</sup> y J.P. Vaqué<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Biología Molecular. Universidad de Cantabria-IDIVAL. <sup>b</sup>Hospital Sierrallana. Servicios de <sup>c</sup>Dermatología y <sup>d</sup>Patología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. España.

**Introducción.** Recientemente se ha identificado que CREB activado es un factor independiente para el resultado fatal (HR = 5,6) en el carcinoma de células de Merkel (CCM) con respecto a las variables clínicas y el estado del poliovirus de células de Merkel (MCPyV).

**Objetivo.** Analizar los mecanismos moleculares que regulan o son regulados por CREB en CCM.

**Métodos.** En las células del CCM MCPyV+ y MCPyV- se inhibió CREB utilizando construcciones de shRNA condicional o un inhibidor específico 666-15. La activación de CREB se evaluó mediante ELISA y blots específicos utilizando anticuerpos anti-P-CREB. Se realizaron análisis transcriptómicos (mRNA-seq) en células inactivadas para CREB y se analizaron en el CNAG. Se recogió una cohorte de 35 casos de CCM y 6 controles (epidermoides) con datos clínicos y se estudió el transcriptoma específico dependiente de CREB mediante Nanostring.

**Resultados.** Un análisis del transcriptoma mediado por CREB en células inactivadas para CREB permitió identificar un conjunto de genes desregulados comunes a MCPyV+ y MCPyV- (como el CXCR4). Se ha validado una selección de estos genes en una cohorte de 35 pacientes con CCM, confirmando que la mayoría de estos genes diana de CREB se expresan en el CCM en humanos. Con respecto a los controles, los tumores de CCM mostraron una expresión significativamente mayor de marcadores neuroendocrinos y factores de transcripción. Curiosamente, en estas condiciones AURKB (más) y RUNX1T1 (menos) se expresaron de forma significativa y diferencial en los casos MCPyV- frente a los MCPyV+.

**Conclusiones.** Utilizando Nanostring en casos de CCM humano, hemos validado la expresión de una selección de genes diana de CREB. Se muestra una expresión génica diferencial que puede estar directamente implicada en el desarrollo y la progresión de los tumores de CCM. Algunos de ellos (por ejemplo, el CHGB) forman parte de un proceso de diferenciación neuroendocrina, otros como el SHC3 o el L1CAM pueden explicar la capacidad de diseminación de las células del CCM y, por último, el SSTR2, el AURKB, el CXCR4, el EGFR y el FGFR, por nombrar algunos, muestran potencial para servir de dianas para la terapia.

### P31. TRASTORNO LINFOPROLIFERATIVO CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T PEQUEÑAS/MEDIANAS CD4+ TRAS LA VACUNACIÓN POR COVID-19 T

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

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

**Introducción.** La vacunación con Covid-19 constituye una de las mejores soluciones para minimizar el impacto de la pandemia mundial. Sin embargo, se han registrado múltiples trastornos cutáneos tras recibir esta inmunización. Presentamos un caso de trastorno linfoproliferativo cutáneo primario de células T pequeñas/medianas CD4+ (TLP-CTPMCD4+) tras la vacunación con Covid-19.

**Descripción del caso.** Un varón de 30 años sin antecedentes médicos de interés acudió a nuestro servicio por la aparición de nódulos erite-

matos distribuidos principalmente en ambos brazos y espalda, de 12 meses de evolución. Aparecieron 7 días después de recibir la primera dosis de la vacuna COVID-19 (BNT162b2). El estudio histológico e inmunohistoquímico mostró un infiltrado linfoide perivascular y dérmico perianexial, denso y confluyente. Estaba conformado por células pequeñas/medias CD3+/CD4+/CD5+/CD7+ con atipia citológica moderada. Las células de tamaño intermedio eran positivas para PD-1. El análisis molecular mostró un reordenamiento positivo para TCR gamma con beta. En base a estos hallazgos y a la relación temporal, se realizó el diagnóstico de TLP-CTPMCD4+ tras vacunación por Covid-19. Tras el despistaje de afectación sistémica, que resultó negativo, fue tratado con acetónido de triamcinolona intralesional (infiltraciones de 3 mg por lesión). Tras 4 meses, el paciente continúa asintomático y la mayoría de las lesiones han desaparecido.

**Discusión.** La reciente clasificación de la OMS ha incluido el TLP-CTPMCD4+ como una entidad. Actualmente se considera que la presentación como lesiones solitarias tiene un comportamiento clínico indolente y benigno. En nuestro paciente las lesiones eran multifocales, presentación descrita solo en el 7% de los pacientes. La vacunación por Covid-19 ha sido relacionada con la recidiva de linfomas/trastornos linfoproliferativos preexistentes, o con la aparición de novo de papulosis linfomatoide; sin embargo, nuestro caso es el primer reporte de TLP-CTPMCD4+ desarrollado tras la misma. Aunque se conoce que la vacuna BNT162b2 induce la proliferación de células T CD4+ y CD8+ tras la primera dosis, la fisiopatología de estos trastornos aún no se ha dilucidado. Nuestro caso apoya la correlación etiológica entre la inmunización del Covid-19 y la proliferación cutánea de células T, y alerta sobre la correcta identificación de estas reacciones infrecuentes.

### P32. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL REFRACTARIO A INMUNOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA CON RESULTADO FATAL

P. García Piqueras, D. Viseda González, C. Lacasta Plasín, M. Córdoba García-Rayó, R. Suárez Fernández y C. Ciudad Blanco

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

**Introducción y objetivo.** En los últimos años, la inmunoterapia está comiendo el terreno a la quimioterapia en el manejo del carcinoma de células de Merkel (CCM). Pese a ello, el pronóstico continúa siendo malo.

**Caso clínico.** Varón de 57 años con múltiples antecedentes entre los que destacan enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, VIH bien controlado, que consulta por tumoración en tercer dedo de mano derecha de un año y medio de evolución con crecimiento progresivo. El estudio histológico de la pieza de amputación revela un CCM con perfil IHQ típico. La PET-TC muestra metástasis en tejido celular subcutáneo, codo y axilar del miembro afecto. Tras discusión del caso en comité de tumores multidisciplinar se decide, como primera línea de tratamiento, inicio de inmunoterapia basada en anti PD-1/PD-L1 (pembrolizumab) y radioterapia paliativa antiálgica. Tras cinco meses, la progresión de la enfermedad condiciona la aparición de múltiples metástasis cutáneas del miembro superior derecho, afectación ganglionar hiliomediastínica y metástasis pulmonares, por lo que se suspende inmunoterapia y se inicia segunda línea con quimioterapia (carboplatino/etopósido) pese a lo cual continúa la progresión a los cuatro meses y se acuerda mantener únicamente tratamiento paliativo. El paciente fallece un mes después. Las continuas complicaciones de las metástasis cutáneas suponen un incremento añadido de la morbilidad al paciente.

**Discusión.** El CCM continúa siendo uno de los tumores cutáneos con peor pronóstico. En torno a uno de cada tres pacientes se presentan clínicamente con metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico. Además, se estima que uno de cada tres pacientes sin adenopatía clínicamente palpable (ni evidenciable en pruebas de imagen) tiene metástasis ocultas en el momento del diagnóstico.

Esta agresividad justifica el empeño en la búsqueda de metástasis en el momento del diagnóstico y el papel importante de la radioterapia en estos pacientes. Las guías actuales posicionan la inmunoterapia con anti-PD-(L)1 como primera línea de tratamiento sistémico en pacientes con CCM avanzado. La quimioterapia queda reservada a pacientes no respondedores o no candidatos a inmunoterapia. A pesar de estos importantes avances, el CCM continúa teniendo mal pronóstico, sobre todo en los casos con avanzado estado en el momento del diagnóstico.

### P33. CARCINOMA BASOCELULAR GIGANTE TRATADO CON VISMODEGIB

A. Navarro-Bielsa, M. Almenara-Blasco, A. Diago-Irache e Y. Gilaberte

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

Mujer de 90 años, institucionalizada, con buen estado general y únicamente antecedentes de fibrilación auricular, que ingresa por descompensación cardiaca en abril de 2022 donde se descubre de manera incidental gran lesión ulcerada en espalda. A la exploración presentaba una gran lesión ulcerada con borde eritematovioláceo de 15 cm de diámetro en región dorsal central, con proyección de 9 cm de diámetro en porción dorsolumbar central, diagnosticada clínica e histológicamente de carcinoma basocelular infiltrativo y ulcerado. Se solicitó prueba de imagen, realizándose una tomografía computarizada que evidenció leve infiltración del tejido celular subcutáneo, sin infiltración de planos más profundos ni signos de diseminación regional. Dadas las dimensiones del tumor, inabordable quirúrgicamente, se presentó el caso en el comité multidisciplinar de cáncer de piel, decidiéndose tratamiento sistémico con vismodegib. La paciente comenzó el tratamiento a principio de junio de 2022 a dosis de 150 mg/48 h para reducir efectos secundarios, con buena tolerancia, aunque se suspendió durante una semana al mes de iniciar el tratamiento por aparición de herpes zoster, el cual se resolvió sin secuelas con valaciclovir 1000 mg/8 h/7 días, y reiniciando vismodegib con misma posología. El tumor está respondiendo bien al tratamiento, con disminución de tamaño de manera paulatina.

**Discusión.** Los inhibidores de la vía de Hedgehog, vismodegib y sonidegib, se han convertido en tratamiento de primera línea de carcinomas basocelulares no operables, con recidiva tras el tratamiento quirúrgico no tributarios de tratamiento con radioterapia. Ambos fármacos han demostrado buena respuesta y se pueden usar tanto en monoterapia como en combinación, o como terapia neoadyuvante, actuando como agente citorreductor. Vismodegib tiene una tasa de respuesta general del 43%, siendo efectivo en carcinomas basocelulares gigantes. Un estudio sugirió una reducción del defecto quirúrgico del 27% tras 3 meses de tratamiento, y aunque puede haber reducción en el diámetro, hay que tener en cuenta que puede ser menos efectivo en el plano tumoral profundo, lo que requiere exéresis amplias posteriores. En nuestro caso, dada la buena respuesta, continuaremos con vismodegib en monoterapia, planteándose intervención en caso de que el tumor se convierta en abordable quirúrgicamente.

### P34. ENCUESTA SOBRE EL MANEJO DEL NEVUS DISPLÁSICO POR LOS DERMATÓLOGOS DE LA SECCIÓN CENTRO DE LA AEDV

G. Baeza-Hernández, R. Francisco Rubio-Aguilera, C. Martínez-Morán, H. Álvarez-Garrido, A.A. Garrido-Ríos y J. Borbujo

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

**Introducción y objetivo.** No existen guías clínicas para el manejo del nevus displásico (ND). *Hipótesis:* existe una discordancia en el manejo clínico entre los dermatólogos de la sección Centro de la AEDV del ND, especialmente el de alto grado. *Objetivo principal:* determinar el porcentaje de dermatólogos de la sección Centro de la AEDV que, al recibir un informe histopatológico de ND de bajo o alto grado, con bordes afectos o libres, tendrían una actitud conservadora (observación) o ampliarían márgenes. *Objetivos secundarios:* determinar si los antecedentes personales y/o familiares de melanoma modificarían la actitud tomada frente a un paciente sin antecedentes de interés.

**Métodos.** Se difundió una encuesta online a 738 dermatólogos de la sección Centro. Se recogieron datos anónimos del 15/6/22 al 31/7/22. Las variables de exposición fueron el grado de displasia (bajo/alto), los márgenes (afecto/libre) y los antecedentes del paciente (sin antecedentes / AF melanoma / AP melanoma). Las variables dependientes (actitud) incluyeron observación / márgenes de 1-4 mm / márgenes 5-10 mm. La n con margen de error 10% e IC 95% fue 86.

**Resultados.** Se recibieron 86 respuestas: 79,1% fueron adjuntos y la mediana de experiencia profesional fue de 10,5 años. Participaban en consulta de oncología cutánea el 53,5% y en consulta de dermatoscopia digital el 47,7%. De forma casi unánime (98,8%) los encuestados utilizaban dermatoscopia para evaluar lesiones melanocíticas. Si el patólogo informase bordes afectos en un ND de bajo grado, el 60,5% ampliaría márgenes de 1 a 4 mm, mientras que si los márgenes están libres el 97,7% tendría una actitud conservadora. Si el patólogo informara bordes afectos en un ND de alto grado, solo el 1,2% tendría una actitud conservadora, porcentaje que se incrementa notablemente si los márgenes están libres (68,6%). El AF o AP de melanoma no influiría en la actitud de la mayoría de los encuestados. Participar en una consulta oncológica influye en el manejo del ND de alto grado con borde libre ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones.** El manejo del ND no es uniforme entre los dermatólogos de la sección Centro de la AEDV, especialmente en el caso de ND de bajo grado con bordes afectos y ND de alto grado con bordes libres. El AF o AP de melanoma no modifica en la mayor parte de los casos la actitud clínica.

### P35. SANGRADO POSTOPERATORIO EN PACIENTE TRATADO CON IBRUTINIB. MANEJO Y CONTROVERSIAS

J. Algarra Sahuquillo, M. Pestana Eliche, M.L. Santos y Silva Caldeira Marques, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela y F. Guimerá Martín-Neda

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Caso clínico.** Paciente de 56 años, con antecedentes personales de macroglobulinemia de Waldenström en tratamiento con ibrutinib 450 mg/día desde hace 2 meses, fue valorado por una lesión tumoral eritematosa, con escamo-costra central, infiltrada, de aproximadamente 2 cm en dorso nasal, sugestiva clínicamente de carcinoma epidermoide. Se decidió exéresis quirúrgica completa de la lesión, bajo anestesia local con lidocaína, con margen lateral de 5 mm y muscular profundo. Presentaba un hemograma normal previo a la intervención, que se realizó sin la suspensión del medicamento. Se llevó a cabo hemostasia con bisturí eléctrico bipolar y se cubrió el defecto mediante colgajo glabellar y Z-plastia de la zona intercililar. Se realizó un vendaje compresivo, sin incidencias. Cinco horas tras el alta, el paciente acudió a urgencias por sangrado en sábana del lecho quirúrgico que no cedía a la presión, y equimosis periorbitaria bilateral que impedía la apertura ocular. Se realizó una apertura parcial de la incisión quirúrgica y hemostasia con Surgicel®. Se suspendió temporalmente ibrutinib y se introdujo ácido tranexámico 1 g/8 h intravenoso y posteriormente oral, que detuvo el sangrado. Este se suspendió a los 7 días, reintroduciendo entonces ibrutinib

sin nuevas incidencias. Finalmente, el resultado quirúrgico fue óptimo.

**Discusión.** Ibrutinib es un inhibidor selectivo de la tirosinasa de Bruton, una proteína de las vías de señalización del receptor anti-génico de células B y del receptor de citoquinas, implicada en la patogenia de macroglobulinemia de Waldenström, linfoma de células del manto y leucemia linfocítica crónica. Aunque se trata de una medicación bien tolerada, existe riesgo hemorrágico, generalmente de bajo grado (petequias y equimosis), especialmente frecuente en pacientes con otros factores de riesgo como edad avanzada o trombopenia. La evolución de la patología hematológica de base también debe considerarse, pues podría suponer un factor de riesgo de sangrado añadido. No existen indicaciones claras sobre su discontinuación en cirugía dermatológica, considerada de bajo riesgo de sangrado; sin embargo, es importante incluirlo en el interrogatorio prequirúrgico e individualizar cada caso, valorando suspender 3-7 días previos; además de conocer el manejo de las posibles complicaciones, pues en nuestro caso no existían otros factores de riesgo añadidos.

### P36. ELECTROQUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE KAPOSI

R. de Moraes Souza<sup>a</sup>, A. Mayor Iburguen<sup>a</sup>, R. Gil Redondo<sup>a</sup>, E. Fiz Benito<sup>a</sup>, G. Servera Negre<sup>a</sup>, J.M. Busto Leis<sup>a</sup>, T.G. Sobral Costas<sup>a</sup>, R. Escudero Tornero<sup>a</sup>, M.I. Prieto Nieto<sup>b</sup> y P. Herranz Pinto<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Cirugía General. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor angioproliferativo asociado a la infección por el virus herpes humano de tipo 8. En los últimos años, la electroquimioterapia (EQT) está demostrando ser un tratamiento muy eficaz para las formas cutáneas localizadas de esta enfermedad.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 57 años, español, que acudió a urgencias de dermatología por placas eritematovioláceas en dorso de mano y antebrazo izquierdos de 18 meses de evolución, sin síntomas asociados. Se realizó una biopsia cutánea, cuyo resultado fue compatible con SK, con estudio inmunohistoquímico positivo para el virus herpes 8. Dado que la serología para VIH era negativa y que no había datos de inmunosupresión, se clasificó como SK de tipo clásico. Se realizó tratamiento con láser (4 sesiones de PDL y 3 sesiones de Nd-Yag, distribuidas en un año), además de terapia tópica con imiquimod durante 4 meses, no objetivándose respuesta satisfactoria. Ante el fracaso de estas opciones, se decidió realizar una sesión de EQT, con infusión intravenosa de bleomicina, resultando en involución completa de las lesiones.

**Discusión.** La EQT es una técnica que consiste en la combinación de administración intralesional o intravenosa de fármacos citotóxicos (bleomicina o cisplatino) y aplicación de impulsos eléctricos de alta intensidad en la zona de la lesión, que producen una permeabilización de la membrana celular, con consecuente penetración de la quimioterapia en las células tumorales. Puede ser utilizada para tratamiento de tumores cutáneos primarios y secundarios. Un estudio reciente indica altas tasas de respuesta en los casos de SK: 91% de respuesta completa y 98% de respuesta global (parcial más completa). La elevada eficacia puede tener relación con la gran vascularización del tumor y el efecto antivascular de la EQT. La incidencia de efectos adversos es baja, siendo los más frecuentes dolor local, ulceración e infección cutánea.

**Conclusiones.** La EQT es una técnica que está demostrando importante utilidad en el tratamiento de lesiones cutáneas de SK por sus altas tasas de respuesta sumadas a los escasos efectos adversos. Una respuesta tumoral satisfactoria puede producirse tanto si es utilizada como tratamiento inicial como si se realiza tras fallo de otras opciones terapéuticas, como en el caso presentado.



### P37. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO EN PERSONAS MAYORES EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA DURANTE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

J.M. Morón Ocaña<sup>a</sup>, I.M. Coronel Pérez<sup>a</sup>, M.B. Cívico Ruiz<sup>a</sup>, V. Linares López<sup>a</sup>, A.I. Lorente Lavirgen<sup>a</sup> y C.V. Almeida González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

**Introducción y objetivo.** La incidencia y mortalidad del melanoma ha ido incrementándose en los últimos años, especialmente en mayores de 65 años. Estudiamos las diferencias clínicas, histológicas y de manejo quirúrgico y terapéutico entre los melanomas de personas mayores y menores de 65 años en nuestra área hospitalaria.

**Métodos.** Estudio retrospectivo basado en una cohorte de 431 melanomas de 399 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de melanoma cutáneo primario en los 15 últimos años y que realizan seguimiento en la unidad de Dermatología Oncológica del Hospital de Valme.

**Resultados.** El 33% de los pacientes tenían más de 65 años. El número de casos ha ido aumentando desde un 10% hasta un 45%. En mayores de 65 años la localización cabeza/cuello es más frecuente que en los menores (37,8 vs. 14,9%;  $p < 0,001$ ). Aunque el subtipo histológico más frecuente es el melanoma de extensión superficial, su frecuencia disminuye notablemente con respecto a los menores de 65 años (43,4 vs. 74,7%;  $p < 0,001$ ), aumentando la del lentigo maligno melanoma (35 vs. 8,7%;  $p < 0,001$ ). Los mayores de 65 años tienen melanomas de mayor tamaño (mediana 1,3 cm (RIC = 1-2) vs. 0,9 cm (RIC = 0,6-1,3),  $p < 0,001$ ) y ulcerados (17,8 vs. 8,8%;  $p = 0,012$ ). No existen diferencias en cuanto al Breslow, número de mitosis ni la existencia de invasión. Los melanomas de los mayores se asocian menos a lesiones previas (21,3 vs. 35,5%;  $p = 0,022$ ). Los mayores presentan más estadios 0 y avanzados (29,3 vs. 23%;  $p < 0,001$  y 27,1 vs. 15,7%;  $p < 0,001$  respectivamente), mientras que el estadio I predominó en los menores de 65 (61,3 vs. 43,6%,  $p < 0,001$ ). En cuanto al manejo terapéutico, no existieron diferencias en la resección primaria completa o no del melanoma, pero en los mayores se hicieron un menor número de ampliaciones (28,4 vs. 5,6%;  $p < 0,001$ ), de BSGC (17,6 vs. 2,4%,  $p < 0,001$ ) y de tratamientos oncológicos (11,9 vs. 2,1%;  $p < 0,001$ ) a pesar de estar indicados.

**Conclusiones.** El número de casos de melanoma en mayores de 65 años ha ido aumentando y su presentación clínica es diferente en el paciente mayor: localización más frecuente en cabeza y cuello, mayor tamaño clínico, más frecuencia de ulceración, menos estadios I y menor asociación a lesiones previas. Además, se desestiman más intervenciones solo con motivo de la edad a pesar de no existir contraindicaciones, así como tratamientos oncológicos.

### P38. METOTREXATO INTRALESIONAL COMO TRATAMIENTO CURATIVO DEL QUERATOACANTOMA Y CÁNCER EPIDERMÓIDE: RESULTADOS EN 29 PACIENTES

P. López Sanz<sup>a</sup>, E. Escario Travesedo<sup>a</sup>, C. Guerrero Ramírez<sup>a</sup>, S. Manso Córdoba<sup>a</sup>, M.E. Alfaro Martínez<sup>a</sup> y L. Iñiguez de Onzoño Martín<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Albacete. España.

**Introducción y objetivo.** El metotrexato intralesional (MTX-IL) se ha utilizado sobre todo en el tratamiento queratoacantoma (QTA) y en los últimos años también en el carcinoma epidermoide (CE) con intenciones neoadyuvantes y con casos de curación completa. Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de

QTA y CE que han recibido esta modalidad de tratamiento con objetivo curativo en nuestro centro para evaluar su efectividad y seguridad.

**Métodos.** Se seleccionaron pacientes tratados con MTX-IL en lesiones con biopsias sugestivas de QTA y/o CE con aspecto clínico de nódulo o placa bien delimitada con queratina central, sin adenopatías palpables ni extensión a distancia. También se incluyeron pacientes mayores frágiles o lesiones en localizaciones donde la cirugía podía ser compleja o mutilante. El tratamiento se llevaba a cabo en consulta, cada una o 2 semanas con analítica de control, mediante la inyección de metotrexato a una concentración 15 mg/ml y administrando una cantidad suficiente para blanquear la lesión, repartiendo también la medicación en profundidad. Se tomaron fotografías clínicas en cada sesión con una regla cerca de la lesión y se registraron los resultados.

**Resultados.** Veintinueve pacientes fueron incluidos (14 mujeres y 15 varones, con una media de edad de 78 años): - 16 experimentaron una curación completa (55%) con un promedio de 4,75 infiltraciones y 2,06 cm de tamaño inicial medio. Las biopsias en este grupo fueron de 10 CE o sugestivos, 3 QTA o sugestivos y 3 no concluyentes (CE vs. QA). - 13 pacientes no experimentaron curación completa (45%) tras un promedio de 3,6 infiltraciones y un tamaño inicial medio de 2,5 cm. De ellos, 6 presentaron crecimiento, 4 se redujeron en tamaño y 3 permanecieron estables. Las biopsias fueron de 9 CE o sugestivos y 3 sugestivos de QTA. Las biopsias tras el tratamiento quirúrgico posterior fueron todas de carcinoma epidermoide. Como efectos adversos, el dolor durante el tratamiento fue prácticamente constante pero soportable. La trombopenia en 2 pacientes y el aumento de las transaminasas en uno propiciaron la suspensión del tratamiento.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de 29 pacientes con QTA o CE tratados con MTX-IL con intención curativa, con un alto porcentaje de respuesta completa (55%) y buen perfil de seguridad.

### P39. CIRUGÍA DE MOHS EN LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA: EXPERIENCIA TRAS 20 MESES DE ACTIVIDAD: A PROPÓSITO DE 107 CASOS

T. Toledo Pastrana

Unidad de Dermatología Oncológica. Hospitales Quironsalud Sagrado Corazón e Infanta Luisa. Sevilla. España.

**Introducción.** La cirugía de Mohs es el tratamiento más avanzado, preciso y eficaz para una variedad cada vez mayor de tipos de cáncer de piel. Si bien esta técnica se realiza en varios centros públicos españoles, son pocos los centros privados donde se lleva a cabo la misma de forma reglada y periódica. Presentamos un estudio descriptivo sobre la experiencia acumulada en dicha técnica realizada por un solo cirujano, en dos centros distintos, desde enero de 2021. **Métodos.** Estudio descriptivo de todos los casos operados mediante cirugía de Mohs comprendidos entre enero de 2021 y agosto de 2022 en los hospitales del grupo Quironsalud en Sevilla. Para todos los casos intervenidos se recogieron las siguientes variables: edad del paciente, sexo, tipo de tumor (c. basocelular, espinocelular, sarcoma, lentigo maligno), localización anatómica, número de reintervenciones previas, técnica (Mohs en fresco, en diferido, Tuebingen torte o técnica espagueti), número de pases hasta ausencia de enfermedad, necesidad de hospitalización, complicación en el postoperatorio inmediato, complicación en el postoperatorio tardío, especialidad que remite el caso y región de España desde donde el caso es derivado.

**Resultados y conclusiones.** Ciento siete casos de cirugías de Mohs, de las cuales 91 carcinomas basocelulares, 7 carcinomas escamosos, 3 dermatofibrosarcoma protuberans, 2 fibroxantomas atípicos, 4 lentigos malignos melanoma. Existen más casos en pacientes del sexo femenino. La mediana de intervenciones previas a la extirpación por Mohs fue de 3 cirugías. El número medio de pases hasta la

ausencia de enfermedad fue 2,7. Noventa y ocho de los casos de Mohs se realizaron en congelación y 9 en diferido en sus distintas variantes. La localización más habitual fue la pirámide nasal. La complicación inmediata más frecuente fue el sangrado, presente en 4 casos, sin necesidad de reintervención/hospitalización. No se detectó ningún caso de infección postoperatoria. La mayoría de los casos fueron derivados por parte de Dermatología, seguida por Cirugía Plástica.

#### P40. ENFERMEDAD DE BOWEN GENITAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

C. Azcárraga Llobet, E.D. Berná Rico, B. de Nicolás Ruanes, E. García Mouronte, S. Bèa Ardébol y D. de Perosanz Lobo

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

**Introducción.** La enfermedad de Bowen (EB) o carcinoma epidermoide in situ es una neoplasia que aparece más frecuentemente en pacientes inmunodeprimidos. En ocasiones puede localizarse a nivel genital, recibiendo entonces el nombre de eritroplasia de Queyrat.

**Caso clínico.** Varón de 63 años con antecedentes de infección por VIH en tratamiento activo con buen control, que se encontraba además en tratamiento inmunosupresor desde hace un año por un trasplante renal tras una glomerulonefritis proliferativa. Acude a la consulta por una lesión asintomática en el pene de 2 meses de evolución con crecimiento progresivo. A la exploración física se apreciaba una tumoración sésil eritematosa de 1 cm de diámetro, con aspecto verrucoso, consistencia gomosa e indolora al tacto. Dermatoscópicamente se podía observar un patrón vascular polimorfo (vasos en horquilla y tirabuzón, glomerulares y puntiformes) por toda la lesión. Dadas las características clínicas y dermatoscópicas se plantearon como principales diagnósticos una EB o un melanoma amelanótico, por lo que se realizó una biopsia de la lesión que mostró cambios compatibles con una EB. Al localizarse en genitales se realizó genotipado de virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, hallándose positividad para el genotipo 16. Se decidió realizar una extirpación de toda la lesión, informándose los bordes quirúrgicos libres. Actualmente el paciente se encuentra sin signos de recidiva.

**Discusión.** Se presenta el caso de un paciente inmunodeprimido con una EB genital con genotipo de VPH de alto riesgo. La inmunosupresión es un factor de riesgo para desarrollar este tipo de carcinomas en cualquier localización. Además, en la EB genital el factor etiológico más implicado es la infección por el VPH, sobre todo del genotipo 16, siendo en la EB extragenital más difícil hallar dicha relación, aunque hay casos descritos. Con este caso se pretende subrayar la importancia de vigilar la aparición de carcinomas epidermoides en los pacientes inmunodeprimidos, incluyendo en la región genital, dada la mayor susceptibilidad de estos pacientes para su aparición y el mayor riesgo de estos tumores de convertirse en invasivos. Es imprescindible el seguimiento estrecho de dichos pacientes para la detección temprana y el tratamiento precoz de nuevos tumores.

#### P41. TRATAMIENTO DE CUATRO PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO INOPERABLE CON METOTREXATO INTRALESIONAL

I. Polo Rodríguez, S. Medina Montalvo, M. González Cañete, E.L. Pinto Pulido, E.J. García Berdú y L. Trasobares Marugán

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

**Introducción.** El carcinoma epidermoide (CE) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente. Se asocia a factores de riesgo como exposición solar, edad avanzada, piel clara e inmunosupresión. Presentamos 4 mujeres con CE confirmado histológicamente que por el tamaño de la lesión, edad avanzada o comorbilidades no pueden ser sometidas a otros procedimientos, y son tratadas con metotrexato intralesional (MIL).

**Serie de casos.** 1) Mujer de 89 años con enfermedad de Alzheimer que presentaba CE en dorso nasal, mejilla derecha y dorso de mano izquierda. Se trataron de forma semanal (alternando las lesiones) con 15 mg de MIL con resolución del CE de dorso nasal y mano y con reducción de la lesión de mejilla que fue extirpada. La paciente fallece al año por neumonía. 2) Mujer de 94 años con deterioro cognitivo con CE de 4 cm en mejilla izquierda moderadamente diferenciado. Se realizó tratamiento con 15 mg de MIL con gran mejoría tras la primera infiltración, que tras la segunda mostraba placa de aspecto cicatricial, estando en observación actualmente. 3) Mujer de 105 años con CE en mejilla izquierda de más de 10 cm con dolor a la manipulación y sangrado. Tras dos infiltraciones la lesión se redujo ligeramente, habiendo disminuido el sangrado y el dolor. La paciente falleció antes de valorar nuevas infiltraciones por causas naturales. 4) Mujer de 78 años con hiplejía izquierda tras ictus en 2008. Presentaba CE de gran tamaño en mejilla izquierda. Tras la primera inyección de 15 mg de MIL la lesión se redujo a 1 cm. Se realizó una segunda inyección de 7,5 mg, desapareciendo clínicamente.

**Discusión.** El tratamiento de elección del CE cutáneo es la cirugía, sin embargo en pacientes que no la pueden tolerar o la rechazan, se emplean otros tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia. La inyección intralesional de 5-fluorouracilo, interferón y metotrexato han sido empleadas esporádicamente. Se han descrito múltiples series de queratoacantoma tratados con MIL pero los datos en CE cutáneo son limitados. En el caso de nuestras pacientes, la radioterapia no era una opción por su imposibilidad para la cooperación requerida. En todas ellas el tratamiento con MIL fue bien tolerado, ofreciendo una respuesta rápida en la reducción o desaparición del tumor, pudiendo ser una buena opción cuando otros tratamientos como la cirugía o la radioterapia no son posibles.

#### P42. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CUTÁNEO LOCALMENTE AVANZADO Y METASTÁSICO TRATADO CON INMUNOTERAPIA EN UNA UNIDAD DE DERMATOLOGÍA

I. Navarro Navarro, I. Villegas Romero, D. Jiménez Gallo, M.T. Fernández Rodríguez, G. Gallo Pineda y M. Linares Barrios

*UGC Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.*

Presentamos nuestra experiencia con anti-PD1 en el manejo de carcinoma epidermoide cutáneo localmente avanzado (CEC-la) y/o metastásico en una Unidad de Dermatología. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con inmunoterapia anti-PD1 con indicación para CEC-la o metastásico en nuestra unidad desde enero 2019 hasta septiembre 2022. Se identificaron 8 pacientes con una edad mediana de 85 años, de los cuales 4 fueron hombres. La indicación fue primera línea de tratamiento sistémico para CEC metastásico en un paciente, y para CEC-la en 7 pacientes. Seis pacientes recibieron tratamiento con pembrolizumab y dos con cemiplimab. Todos recibieron previamente cirugía y 5 de ellos también radioterapia. La respuesta fue completa en 5 pacientes, parcial en uno, enfermedad estable en uno y en un paciente no se obtuvo respuesta. La mediana de respuesta fue a los 2 meses desde el inicio del tratamiento, y la mediana de intervalo libre de enfermedad de 26 meses. En 3 pacientes se suspendió de forma permanente la inmunoterapia, por irAE grado 4 en un caso y por remisión completa mantenida tras 2 años de tratamiento en 2 pacientes. En todos ellos se logró una respuesta completa manteni-

da tras la suspensión de la inmunoterapia incluso tras más de 20 meses desde el cese de la misma, con un intervalo libre de enfermedad superior a 2 años en todos los casos. Cinco pacientes presentaron irAE. Tres fueron grado 1-2 reumatológicos que se resolvieron con prednisona a dosis bajas y/o hidroxicloroquina. Un paciente desarrolló una hepatitis inmunomediada grado 4 al tercer ciclo de pembrolizumab que se resolvió, suspendiendo definitivamente la inmunoterapia e iniciando pulsos de metilprednisolona 250 mg/día durante 5 días y micofenolato mofetilo 1 g/12 h hasta resolución total, manteniéndose en remisión completa desde entonces tras 26 meses de seguimiento sin tratamiento. Una paciente sufrió un irAE grado 5 en forma de miocarditis inmunomediada. Fallecieron 3 pacientes: uno por progresión de la enfermedad, uno por irAE grave y otro por causas ajenas a la enfermedad. Destacamos la alta tasa de respuestas completas presentadas (62,5%) y los 3 casos en los que se logró una respuesta completa mantenida incluso tras más de 20 meses desde la suspensión de la inmunoterapia, que consideramos potencialmente curados.

#### P43. REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS A APALUTAMIDA

T.L. Vega López<sup>a</sup>, A. Mateos Mayo<sup>a</sup>, C. Sanz Muñoz<sup>a</sup>, M. García Gamero<sup>a</sup>, I. González Jiménez<sup>a</sup>, L. Barrutia Etxebarria<sup>a</sup>, V. Volo Bautista<sup>a</sup>, A.M. Carballido Vázquez<sup>a</sup>, A.M. Antón Márquez<sup>a</sup>, G. Martínez García<sup>b</sup> y P. Manchado López<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.*

La apalutamida es un inhibidor del receptor de andrógenos de segunda generación que ha mejorado significativamente la supervivencia en los pacientes con cáncer de próstata metastásico. Sin embargo, se han descrito efectos adversos cutáneos en un 23-27% de los casos. Se presentan dos casos de pacientes con cáncer de próstata metastásico que presentaron reacciones cutáneas tras el inicio de tratamiento con apalutamida.

**Caso 1.** Varón de 79 años remitido a la consulta de dermatología por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas tras dos semanas del inicio de tratamiento con apalutamida. En la exploración física se observaron extensas placas violáceas infiltradas de predominio en pliegues, glúteos y codos, que mostraron un patrón liquenoide en la histología. Con la sospecha diagnóstica de reacción liquenoide a apalutamida, se inició tratamiento con prednisona oral en pauta descendente, metilprednisolona tópica y se cambió apalutamida por enzolutamida. Dos meses después las lesiones habían mejorado significativamente.

**Caso 2.** Varón de 87 años remitido por lesiones cutáneas pruriginosas que aparecieron un mes después del inicio de tratamiento con apalutamida. La exploración física mostraba un intenso eritema descamativo en cara, escote, extremidades superiores y tronco, coincidiendo con áreas fotoexpuestas. La biopsia mostraba espongirosis, moderado infiltrado inflamatorio dérmico y vasodilatación, siendo el cuadro compatible con reacción fototóxica. Se retiró el tratamiento con apalutamida y se inició prednisona en pauta descendente con mejoría significativa.

Los dos pacientes fueron diagnosticados como reacción liquenoide y reacción fototóxica inducidas por apalutamida respectivamente, debido a la relación temporal y a la mejoría de los signos y síntomas tras la retirada o cambio del fármaco. Entre los efectos adversos cutáneos más frecuentes a la apalutamida destacan las reacciones cutáneas eccematosas, maculopapulosas, la necrólisis epidérmica tóxica y la erupción liquenoide. En la mayoría de los casos los pacientes son tratados con corticoides tópicos y orales sin necesidad de retirar el fármaco, sin embargo, nuestros pacientes requirieron la retirada o cambio de fármaco. La alta incidencia de efectos adversos cutáneos a apalutamida pone de manifiesto la necesidad de conocerlos para poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

#### P44. NEOPLASIA BLÁSTICA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES: CASO CLÍNICO, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y NUEVAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

J. Gil-Lianes<sup>a</sup>, M. Luque-Luna<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> T. Estrach i Panella<sup>a</sup>, P. Mozas<sup>b</sup>, A. García-Herrera<sup>c</sup> y A. Combalia<sup>a</sup>

*Departamentos de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Hematología y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.*

**Introducción.** La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (NBCDP) es una neoplasia maligna de estirpe mielóide rara de curso clínico agresivo y afectación cutánea característica. El diagnóstico puede ser difícil y no hay estándar oro de tratamiento. **Métodos.** Presentamos un caso clínico de NBCDP y una breve revisión de la literatura.

**Resultados.** Mujer de 80 años, con antecedentes de dislipidemia e hipertensión, consultó por la aparición de múltiples nódulos de 3 meses de evolución, neutropenia y astenia marcada, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración física destacaba la presencia de placas y nódulos violáceo-marrónceos e indurados que afectaban el 40-50% de la superficie corporal. El estudio histológico mostró un denso infiltrado dérmico constituido por células de tamaño intermedio con núcleo irregular y un elevado número de mitosis (ki67 >75%). El estudio inmunohistoquímico mostró positividad difusa para CD4, CD56 y CD123. Tras realizar inmunofenotipado en biopsia cutánea se llegó al diagnóstico de NBCDP. En el estudio de extensión se detectó afectación adenopática, medular y en sangre periférica. Dada la edad de la paciente, se inició tratamiento con protocolo CHOP matizado y profilaxis intratecal. Actualmente la paciente ha presentado resolución de las lesiones cutáneas y se encuentra en remisión clínica tras 8 meses de inicio de la clínica.

**Conclusiones.** La NBCDP deriva de los precursores de las células dendríticas plasmocitoides. Su presentación clínica hematodérmica es característica por lo que es clave su reconocimiento por el dermatólogo. Las lesiones cutáneas son frecuentemente el primer signo y el más prevalente (80-90%). El tipo de lesión predominante son lesiones nodulares violáceas (2/3), seguido de placas violáceo-parduzcas tipo-hematoma (1/3) y exantemas maculopapulares (1/6). Ante la sospecha de un síndrome linfoproliferativo cutáneo con expresión CD4+, se debe considerar la NBCDP siendo el inmunofenotipado clave para su diagnóstico. En cuanto al tratamiento, en pacientes jóvenes (< 70 años) sin comorbilidades aptos para terapia intensiva seguida de alo-trasplante, se observa una mayor tasa de remisión y respuesta prolongada (supervivencia global 40% a los 10 años). Por contra, pacientes no-aptos en los que se implementan terapias menos intensivas tienden a presentar progresiones rápidas y peor supervivencia.

#### P45. SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON SIROLIMUS TÓPICO

L. Turrión-Merino, M. Grau, C. Martínez-Mera, Á. Rosell, I. Salguero, R. Cabeza, F. Alfageme, E. López-Negrete, M. Elosua, M.M. Sigüenza, M. Hospital y G. Roustan

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

El sarcoma de Kaposi (SK) es un sarcoma vascular con cuatro variantes clínicas. El SK clásico asienta preferentemente en extremidades de pacientes ancianos y se considera de curso crónico e indolente. Presentamos un caso clínico de SK clásico tratado con sirolimus tópico con buen control clínico y sin efectos secundarios de interés. **Caso clínico.** Varón de 89 años diagnosticado de SK clásico localizado en miembros inferiores desde 2009 sin otros antecedentes personales relevantes ni inmunodepresión conocida. Había sido tratado con anterioridad con radioterapia en ambas piernas con respuesta inicial pero posterior progresión que condicionaban dolor y sangrado a la deambulación. Se intentó tratamiento conservador con imiquimod, crioterapia

y timolol tópico sin respuesta. Por todo ello se propuso tratamiento fuera de ficha técnica con sirolimus tópico (rapamicina al 0,5 % en pomada cada 12 h) con buena respuesta tras 4 meses de tratamiento y sin efectos secundarios (ausencia de dolor, irritación o ulceración).

**Discusión.** Existen pocos ensayos clínicos comparativos entre los diferentes tratamientos del SK clásico. El sirolimus (o rapamicina) pertenece al grupo de moléculas conocidas como inhibidores de la vía del mTOR (mamalian target of rapamycin) con efectos inmunosupresores y actividad antineoplásica tanto in vitro como in vivo. Se han publicado numerosos casos en la literatura de SK tratados de forma satisfactoria con sirolimus oral, tanto en pacientes inmunodeprimidos como en SK clásicos generalizados. Tan solo hemos encontrado una publicación en la literatura revisada donde se recoge el tratamiento de un paciente con SK con sirolimus tópico con buena respuesta y resolución clínica e histológica tras 16 semanas de tratamiento.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de SK tratado con rapamicina tópica con buena respuesta. En nuestra opinión, la rapamicina tópica puede ser un buen tratamiento alternativo en casos de SK localizado donde otras opciones han fracasado o no son adecuadas. Sin embargo, son necesarios estudios controlados y aleatorizados para determinar su verdadera eficacia, así como la dosis y concentración adecuada para su utilización en el SK.

#### P46. CARACTERÍSTICAS DEL MELANOMA CUTÁNEO EN FUNCIÓN DE LA OCUPACIÓN DEL PACIENTE. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE MELANOMA EN LA PROVINCIA DE ALBACETE EN EL PERIODO 2009-2018

A. López Mateos<sup>a</sup>, S. Plata Clemente<sup>b</sup>, C. Guerrero Ramírez<sup>b</sup>, P. López Sanz<sup>b</sup>, L. Íñiguez de Onzoño<sup>c</sup> y E. Escario Travesedo<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España.*

**Introducción y objetivo.** La relación entre la exposición solar laboral y la incidencia del melanoma cutáneo es controvertida. Existen pocos datos publicados en nuestro país de las diferencias epidemiológicas del melanoma cutáneo en función de la ocupación del paciente.

**Método.** Diseñamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo en el periodo 2009-2018 en las áreas sanitarias de Albacete, Almansa y Villarrobledo. Se recogieron las siguientes variables en 404 pacientes: sexo, edad, ocupación sin o con exposición solar, índice de Breslow, estadio TNM, localización y tipo histológico. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS 25.0.

**Resultados.** La edad media al diagnóstico fue de 62 años tanto en el grupo de pacientes con exposición solar laboral (n = 150) como sin ella (n = 254). La proporción de hombres fue superior en el grupo de pacientes con exposición solar laboral (60,7 vs. 35,0%). La ocupación con exposición solar en pacientes con melanoma se asoció con el tipo histológico lentigo maligno melanoma y melanoma lentiginoso acral, mientras que los pacientes con ocupación sin exposición solar presentaron con mayor frecuencia melanomas de extensión superficial (p = 0,018). La localización en polo cefálico fue más frecuente en pacientes con exposición solar laboral (p = 0,017). La localización en tronco y extremidades fue más frecuente en pacientes sin exposición solar laboral (p = 0,017). No se observaron diferencias significativas en el índice de Breslow y el estadio tumoral TNM en función de la ocupación del paciente.

**Conclusiones.** La exposición solar ocupacional en pacientes con melanoma se asocia con la localización en polo cefálico y con los tipos histológicos lentigo maligno melanoma y melanoma lentiginoso acral. Los pacientes con trabajos en espacios interiores presentan con mayor frecuencia melanomas de extensión superficial en

tronco y extremidades. No se han observado diferencias en el índice de Breslow y el estadio tumoral entre ambos grupos.

#### P47. COMPORTAMIENTO TERMOGRÁFICO EN DIFERENTES TIPOS DE TUMORES CUTÁNEOS

J.M. Liñán Barroso<sup>a</sup>, J.A. Leñero Bardallo<sup>b</sup>, J. Ortiz Álvarez<sup>a</sup>, J.J. Pereyra Rodríguez<sup>a</sup>, M. Morillo Andújar<sup>a</sup> y J. Conejo-Mir Sánchez<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>b</sup>Departamento de Electrónica y Electromagnetismo. Facultad de Física. Universidad de Sevilla. España.*

**Introducción y objetivo.** La termografía en Dermatología está establecida como herramienta para evaluar anomalías vasculares. No obstante, existen pocos datos del comportamiento termográfico de tumores cutáneos y su utilidad en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es realizar una descripción de los hallazgos termográficos en diferentes tipos de tumores.

**Métodos.** Se realizaron imágenes clínicas y termográficas de diferentes tumores cutáneos utilizando una cámara térmica FLIR ONE adaptada en un sistema iOS. Con un termómetro infrarrojo se tomaron medidas de temperatura absoluta en diferentes puntos de las lesiones y piel circundante. Las imágenes conseguidas fueron procesadas con el algoritmo de MatLab para obtener mapas de temperatura de las lesiones.

**Resultados.** Se estudiaron las variaciones de temperatura de diferentes tumores cutáneos: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, linfoma cutáneo y melanoma; todos ellos con el tamaño suficiente para poder detectar variaciones significativas de temperatura.

**Conclusiones.** La termografía en tumores cutáneos podría ser útil para definir la extensión de los tumores cutáneos, respuesta al tratamiento y predecir crecimiento invasivo.

#### P48. MANEJO DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO

A. Jiménez Antón, I. Villegas Romero, I. Navarro Navarro, D. Jiménez Gallo y M. Linares Barrios

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

El tratamiento del carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado e irreseccable ha experimentado un cambio en los últimos años debido al desarrollo de fármacos inhibidores de la vía Hedgehog. Sin embargo, el manejo de estos pacientes puede suponer un reto más allá de estas nuevas dianas. Presentamos una serie de tres casos.

**Caso 1.** Mujer de 89 años, hipertensa, diabética y con enfermedad de Parkinson, fue intervenida en 2012 de lesión en dorso nasal con diagnóstico de CBC con afectación de márgenes. En 2017 recidivó y se intervino con cirugía de Mohs con márgenes libres. En 2020 se confirmó nueva recidiva y en marzo de 2021 inició vismodegib 150 mg/día con progresión tumoral, por lo que en agosto de 2021 se sustituyó por sonidegib 200 mg/día e itraconazol 100 mg/día durante dos semanas. En la última consulta se evidenció nueva recidiva y se añadió al tratamiento imiquimod 5% tres días por semana, pendiente de valorar respuesta terapéutica.

**Caso 2.** Mujer de 87 años, hipertensa, diabética y cardiópata, derivada por úlcera de 10 × 10 cm en región pretibial derecha de 4 años de evolución con diagnóstico de carcinoma basoescamoso tratado con radioterapia (RT) en 2017. En 2020 se confirmó recidiva y se inició vismodegib 150 mg/día con buena respuesta clínica y en resonancia magnética (RMN), pero se suspendió por efectos secundarios indeseables. En abril de 2022 se reintrodujo vismodegib 150 mg cada dos días con respuesta completa en la última revisión.

**Caso 3.** Mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, derivada en 2020 por CBC en región occipital de 30 años de evolución intervenido en múltiples ocasiones con afectación meníngea y del seno sagital superior en RMN. Se inició vismodegib 150 mg/día con progresión tumoral. En julio de 2021 se sustituyó por sonidegib 200 mg/día que se suspendió por recaída clínica y en diciembre de 2021 se inició pembrolizumab 2 mg/kg cada tres semanas. Debido a sangrado incoercible que precisó ingreso, se añadió al tratamiento RT, crioterapia y se reintrodujo sonidegib 200 mg cada dos días con buena tolerancia y buena respuesta clínica y en RMN.

El manejo del paciente con CBC localmente avanzado constituye un verdadero desafío. La combinación terapéutica de distintos agentes diana, inmunoterapia y tópicos, ajustados de forma individual, parece ofrecer resultados aceptables manteniendo la calidad de vida de estos pacientes.

#### P49. EXPERIENCIA CON CEMPLIMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA

A. Melián Olivera<sup>a</sup>, D. de Perosanz Lobo<sup>a</sup>, Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>a</sup>, P. Burgos Blasco<sup>a</sup>, G. Selda Enríquez<sup>a</sup>, A. Soria Rivas<sup>b</sup> y S. Bèa Ardèbol<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

Cemiplimab es un anticuerpo monoclonal IgG4 dirigido contra PD-1, aprobado para el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) metastásico o localmente avanzado no subsidiario de cirugía o radioterapia curativa, así como para carcinomas basocelulares (CBC) localmente avanzados que fracasan a inhibidores de la vía de señalización Hedgehog o que presentan contraindicación para el uso de los mismos. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes tratados con cemiplimab en la práctica clínica habitual. Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a una cohorte de pacientes consecutivos tratados con cemiplimab en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las características clínicas de los pacientes, su respuesta al tratamiento y los efectos adversos relacionados con el mismo. Se incluyó un total de seis pacientes (cuatro hombres) con una mediana de edad de 79 años (rango 72-92). Cuatro pacientes presentaban antecedentes oncológicos previos y dos de ellos hipotiroidismo. El diagnóstico histológico fue de CEC moderado o pobremente diferenciado en todos los casos salvo un CBC esclerodermiforme. Un paciente presentaba múltiples CEC. Los tumores se localizaron en cabeza y cuello en todos los casos. Todos los pacientes recibieron 350 mg de cemiplimab cada 3 semanas. La duración media del tratamiento fue de 11,2 meses (rango 1,5-15). Cinco pacientes presentaron efectos adversos leves, siendo los más frecuentes astenia, exantema facial y vitiligo. Se suspendió el tratamiento en tres pacientes, uno por alcanzarse respuesta completa, otro por progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento y otro por deterioro de su estado físico. A los dos meses del inicio, cuatro pacientes alcanzaron respuesta parcial y tres de ellos respuesta completa. En conclusión, cemiplimab es un fármaco con seguridad y eficacia aceptables en condiciones de vida real para el tratamiento de cáncer cutáneo no melanoma avanzado. Nuestros resultados deben ser considerados preliminares debido a la baja muestra, debiendo ser confirmados en posteriores estudios.

#### P50. TUMORES MONSTRUOSOS: LO QUE LA PANDEMIA NOS DEJÓ

R. Peñuelas Leal<sup>a</sup>, C. Labranderoy Hoyos<sup>a</sup>, J. Lorca Sprönlé<sup>a</sup>, A. Casanova Esquembré<sup>a</sup>, A. Grau Echevarría<sup>a</sup>, Á. Martínez Doménech<sup>a</sup>, J.Á. García García<sup>b</sup> y G. Pérez Pastor<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital general Universitario de Valencia. España.*

Durante sus etapas iniciales, la mayoría de los tumores cutáneos manifiestan características que permiten, si no un diagnóstico clínico, sí una orientación diagnóstica fiable en que basar una estrategia terapéutica oportuna. Sin embargo, aquellas neoplasias que alcanzan grandes tamaños, bien por un rápido crecimiento, bien por presentar largos periodos de evolución, es frecuente que se presenten como masas o tumoraciones indiferenciadas, a menudo con necrosis o ulceración masiva y cuyo diagnóstico es eminentemente anatomopatológico. A raíz de la pandemia por COVID19, con la saturación del sistema sanitario y el aumento de listas de espera que supuso, esta situación, que previamente era extraordinaria, se ha convertido en un escenario relativamente común en nuestras consultas. Presentamos una serie de casos de tumores “monstruosos” con su correlato clinicopatológico.

#### P51. ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CUTÁNEA PRIMARIA EN EL CUERO CABELLUDO

S. Galiano Mejías<sup>a</sup>, C. Silvente San Nicasio<sup>a</sup>, M. Valdivielso Ramos<sup>a</sup>, E. Chavarría Mur<sup>a</sup>, E. Balbín Carrero<sup>a</sup>, D. Buendía Castaño<sup>a</sup>, F. Álvarez<sup>b</sup> y P. de la Cueva<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía patológica. Hospital universitario Infanta Leonor. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés que acude a la consulta de Dermatología por una lesión en cuero cabelludo de meses de evolución, con crecimiento progresivo. A la exploración física presenta nódulo de 12 mm eritematoso, bien delimitado, en región parietal izquierda del cuero cabelludo. En la biopsia realizada se observan alteraciones histológicas compatibles con enfermedad de Rosai-Dorfman (RDD) cutánea. la paciente no presentaba clínica sistémica, ni afectación en otras localizaciones, siendo diagnosticada, por tanto, de RDD.

**Conclusiones.** La RDD es un trastorno reactivo histioproliferativo de causa desconocida. Afecta predominantemente a los ganglios linfáticos cervicales, con afectación extraganglionar en el 40% de los casos, comprometiendo la piel en el 16%. La presencia de síntomas característicos de RDD (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso) se considera RDD sistémica. La RDD cutánea primaria (CRDD) comprende el 3% de todas las RDD. Se localiza en la piel, sin síntomas sistémicos o alteraciones analíticas. Existen pocos casos descritos en la literatura de CRDD primaria localizada en el cuero cabelludo. Presentamos un caso de CRDD primaria del cuero cabelludo.

#### P52. USO DE LA RECTOSCOPIA CON CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL PARA EL DESPISTAJE DE INVASIÓN DEL CANAL ANAL EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA PERINEAL

T. Toledo Pastrana<sup>a</sup>, M. Medina Cruz<sup>b</sup> y M. Reina Paniagua<sup>c</sup>

*Unidades de <sup>a</sup>Dermatología Oncológica, <sup>b</sup>Endoscopia Digestiva y <sup>c</sup>Ginecología Oncológica. Hospitales Quironsalud Infanta Luisa y Sagrado Corazón. Sevilla. España.*

**Introducción.** La evolución tecnológica de la endoscopia digestiva nos brinda la posibilidad de añadir filtros a la luz blanca con la que habitualmente trabajamos, como es la magnificación o la cromoendoscopia virtual. La cromoendoscopia convencional usa colorantes de forma tópica para teñir lesiones epiteliales a nivel del tracto digestivo, con intención de identificar lesiones no visibles con luz blanca. La cromoendoscopia virtual hace lo mismo que la convencional, pero usando filtros de luz para iluminar los tejidos con un espectro de luz de banda estrecha (de 415 y 540 nm, luz azul y verde, respectivamente), que corresponde al pico de absorción de la hemoglobina, lo que tiene por resultado un aumento del contraste de las estructuras vasculares contra la mucosa circundante, lo que la hace especial-

mente importante para valorar áreas de displasia, de ahí que permita realizar biopsias dirigidas. Dependiendo del fabricante, tendremos: Narrow Band Imaging (NBI) es una marca registrada por Olympus Medical Systems Corporation; Multi Band Imaging (MBI) y Fuji Intelligent Color Enhancement (FICE®) son marcas registradas de Fujinon Corporation; e iSCAN es una marca registrada de Pentax.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de patología tumoral dermatológica perianal: un caso de enfermedad de Paget extramamaria que interesaba a horquilla posterior de vulva, periné y a la totalidad de la región perianal, sin tratamiento previo, y un caso de enfermedad de Bowen perianal tratado previamente con crioterapia, radioterapia e inmunoterapia tópica, con escaso resultado. Se planteó la resección quirúrgica de ambos tumores, pero previo a la misma se indicó una rectoscopia para descartar la afectación del canal anal. En ambos casos se llevó a cabo rectoscopia con cromoscopia digital (iSCAN) para descartar la afectación del canal anal por parte de las neoplasias referidas. Se utilizó una sonda ultrafina (5,4 mm diámetro exterior) para no tener que sedar al paciente, y preparación catártica 12 y 6 h antes de la exploración.

**Resultados.** En ambos casos se confirmó la ausencia de enfermedad mediante esta técnica, lo que permitió no tener que realizar ninguna biopsia previa, resección innecesariamente amplia o prueba más invasiva que la realizada.

**Conclusiones.** El uso de esta tecnología, desconocida por los especialistas médicos no gastroenterólogos, tiene una enorme utilidad a la hora de realizar un diagnóstico más preciso durante la rectoscopia, tanto por su capacidad diagnóstica (determinar las zonas a biopsiar), como terapéutica (indicación correcta de la amplitud de la resección de forma objetiva). Es por ello que consideramos interesante popularizar su uso ante estas indicaciones.

### P53. RESPUESTA COMPLETA A INMUNOTERAPIA EN MELANOMA DESMOPLÁSICO RECIDIVADO NO OPERABLE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Labranderoy Hoyos, R. Peñuelas Leal, A. Casanova Esquembre, J. Lorca Spröhnle, A. Grau Echevarría, Á. Martínez Domenech, V. Alegre de Miquel y G. Pérez Pastor

*Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.*

El melanoma desmoplásico (MD) es una variante poco frecuente de melanoma caracterizada histológicamente por la presencia de una matriz fibrótica densa y melanocitos fusiformes amelanóticos. Clínicamente se presenta como un nódulo indurado color piel afectando a áreas con abundante daño solar siendo la radiación UV uno de los factores de riesgo más relacionados con su etiopatogenia. A diferencia del melanoma convencional, presenta una alta tasa de mutaciones en genes como NF1 pero no en BRAF. Inmunohistoquímicamente presenta mayor positividad a PD-L1. Suelen presentarse con un índice de Breslow mayor al diagnóstico que otros melanomas, mayor neurotropismo y tienen tasas más elevadas de recidiva local. El manejo inicial del MD localizado es quirúrgico. El papel del ganglio centinela es controvertido porque tienen menor riesgo de diseminación linfática. La radioterapia adyuvante en el MD localizado tras cirugía cuando no se han podido asegurar márgenes adecuados es conveniente. Para el tratamiento del MD metastásico o localmente avanzado, la inmunoterapia (IT) con pembrolizumab en primer lugar es el tratamiento de elección, presentando respuestas de hasta el 70% de los pacientes. Presentamos dos casos de MD recidivados no candidatos a cirugía, localizados en ala nasal en una mujer de 27 años y en CAE en un varón de 68 años, que han presentado una respuesta completa clínica y radiológica a tratamiento con IT. A destacar la respuesta precoz en ambos casos sin efectos adversos asociados. Mientras que para estadios avanzados la IT es la primera línea de tratamiento, no queda bien establecido su papel para el MD localizado, donde se reserva únicamente como uso

fuera de indicación. Hay un interés creciente en los ensayos clínicos actuales y en las últimas publicaciones en expandir los beneficios de la IT a estadios precoces de MD como tratamiento neoadyuvante. Teniendo en cuenta la predilección del MD por áreas de gran compromiso estético/funcional como es la cabeza y cuello en la que en ocasiones quirúrgicamente no se pueden asegurar márgenes adecuados, consideramos de interés aumentar la evidencia en práctica clínica sobre IT en MD localizado inoperable.

### P54. ASOCIACIÓN DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO CON ENFERMEDAD DE GROVER EN RELACIÓN A PEMBROLIZUMAB

E.L. Pinto Pulido<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, E. García Verdú<sup>a</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup>, I.M. Medina Expósito<sup>b</sup>, M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup> y S. Medina Montalvo<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Varón de 90 años en tratamiento con pembrolizumab por carcinoma epidermoide cutáneo del lóbulo auricular pT2pN2bM0 (estadio IV) con recaída locorregional pese a vaciamiento cervical radical ipsilateral y radioterapia. A los dos meses de inicio del fármaco se observaron lesiones erosivocostrosas cervicales, refiriendo el paciente la presencia previa de ampollas en dicha localización y en miembros inferiores. Un mes después comenzaron a aparecer pápulas eritematosas pruriginosas en espalda, con persistencia de aparición de ampollas y lesiones erosivas. La biopsia cutánea dorsal mostró una zona de hiperqueratosis paraqueratósica y acantólisis suprabasal con células disqueratósicas y proyecciones de dermis papilar formando vellosidades. En otras zonas se observaban focos de acantólisis intraepidérmica con algunos gránulos y cuerpos redondos. En dermis superficial se apreció un discreto infiltrado inflamatorio linfocitario con algunos eosinófilos. La inmunofluorescencia mostró positividad lineal para IgG y C3 a lo largo de la membrana basal. Estos hallazgos junto con las lesiones clínicas fueron sugestivos de penfigoide ampolloso en asociación con enfermedad de Grover. Dada la ausencia de mejoría con corticoide tóxico de alta potencia, se suspendió pembrolizumab y se asoció prednisona 20 mg/día en pauta descendente, con remisión de las lesiones y el prurito.

**Discusión.** Pembrolizumab es un fármaco inhibidor del punto de control inmunitario dirigido contra PD-1. Estos fármacos se han establecido recientemente como parte fundamental del tratamiento de muchos tipos de cáncer avanzado, incluyendo tumores cutáneos. Pueden producir efectos adversos inmunomediados, siendo los cutáneos una de los más frecuentes. En pacientes en tratamiento con anti-PD-1/anti-PD-L1 se ha reportado una incidencia del 0,3-1% de penfigoide ampolloso y del 0,2% de enfermedad de Grover, con diferencias significativas respecto a una cohorte de controles sin este tratamiento. La asociación de estas dos entidades ha sido descrita previamente. Sin embargo, su desarrollo concomitante en relación con inmunoterapia solo se ha reportado hasta ahora en un artículo, en el que se describen dos casos, asociados a tratamiento con nivolumab. Ante la aparición de manifestaciones cutáneas atípicas en un paciente con inmunoterapia debemos plantearnos la concurrencia de dos trastornos cutáneos.

### P55. PAPEL DE LA RADIOTERAPIA EN EL MANEJO DE SATELITIS DE MELANOMA: REPORTE DE DOS CASOS

M.B. Cívico Ruiz, A.I. Lorente Lavirgen, J.M. Morón Ocaña, V. Linares López e I.M. Coronel Pérez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.*

**Introducción.** La radioterapia es un tratamiento locorregional que puede ser efectivo para reducir el riesgo de recurrencia de muchas neoplasias. Aunque el melanoma se ha considerado radiorresistente, existe literatura que sitúa la radioterapia como una herramienta útil en algunos escenarios clínicos.

**Caso clínico.** Presentamos a dos pacientes de edad avanzada con melanoma cutáneo en cuyo seguimiento aparecen satelitosis (estadio IIC). Tras evaluación multidisciplinar, se decide realizar radioterapia, con la que se consigue control de la enfermedad con un seguimiento de 6 meses hasta la actualidad asociado a buena tolerancia.

**Discusión.** La presencia de Breslow > 4 mm, ulceración, localización en cabeza y cuello, subtipo desmoplásico, márgenes afectos y satelitosis se consideran factores de alto riesgo para recurrencia locorregional de melanoma. En este escenario clínico, se ha reportado que la radioterapia postoperatoria mejora el control de la enfermedad localmente avanzada con aceptable tolerancia. El efecto parece ser no solo por el daño en el ADN que resulta en apoptosis y necrosis, sino por un efecto inmunomediado. El control local a los 5 años se ha demostrado en el 78-89%, siendo mayor que solo con la cirugía. Sin embargo, parece poco probable que mejore la supervivencia global. Respecto a las dosis, aunque las pautas hipofraccionadas son las más utilizadas, no se han reportado diferencias significativas entre los diversos regímenes que existen.

#### P56. TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA CON VISMODEGIB DE CARCINOMA BASOCELULAR SUPERGIGANTE DORSAL METASTÁSICO

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

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

**Introducción y objetivo.** Los carcinomas basocelulares (CBC), supergigante y metastásico, son entidades muy infrecuentes. Los inhibidores de la vía Hedgehog se han erigido como la primera línea de tratamiento del CBC localmente avanzado y metastásico.

**Caso clínico.** Mujer de 76 años institucionalizada por esquizofrenia grave con escaso contacto con los servicios sanitarios consultó en el servicio de Urgencias por anemia grave de origen y tiempo de evolución desconocidos. Se planteó como posible causa un carcinoma basocelular dorsal ulcerado de más de 20 cm de diámetro. En la tomografía computarizada (TC) se identificaron lesiones duodenal y acetabular de origen primario o metastásico no estudiadas por negativa de la paciente. Dada la extensión, comorbilidad y dificultad para realizar visitas periódicas, se inició vismodegib 150 mg/día. Al mes, se objetivó una reducción del área total y ulcerada, así como mejoría en las cifras de hemoglobina. Durante las cuatro revisiones mensuales posteriores se mantuvo mejoría tanto clínica como analítica. A los seis meses y medio se produjo un deterioro anémico en posible relación con ulceración en el polo superior de la lesión o con las lesiones previamente descritas en la TC. No se realizaron nuevas biopsias ni estudios de imagen para filiar este empeoramiento por negativa de la paciente. No se registraron eventos adversos medicamentosos durante el seguimiento.

**Discusión.** Dentro de los CBC localmente avanzados se encuentra el supergigante (tamaño superior a 20 cm), del cual solo se han descrito veintiún casos en la literatura, seis de ellos metastásicos. Suele presentarse como hallazgo accidental en varones caucásicos con una edad media de 60 años, frágiles o con patología mental, siguiendo un tiempo de evolución promedio de 15 años. Frente a la cirugía reconstructiva y a la radioterapia, los inhibidores de la vía Hedgehog suponen una alternativa en pacientes no candidatos a dichas terapias o que las rechazan. Varios estudios realizados posicionan al vismodegib como primera línea de tratamiento del CBC local avanzado y metastásico por su eficacia y seguridad demostradas. En algunos casos publicados, se empleó vismodegib en mono-

terapia con respuesta casi completa, aunque son necesarios estudios con grupo control para confirmar una respuesta más rápida y sostenida en pacientes naïve.

#### P57. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PREOPERATORIA EN EL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

D. López Martínez<sup>a</sup>, F.J. Martínez Ortega<sup>a</sup>, J.J. Parra García<sup>a</sup>, M. Segado Sánchez<sup>a</sup>, J. Román Gómez<sup>a</sup>, e García Martínez<sup>a</sup>, M. Lova Navarro<sup>a</sup>, B. Febrero Sánchez<sup>b</sup>, M.E. García Solano<sup>c</sup>, M. Santa-Olalla González<sup>d</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, <sup>b</sup>Cirugía General y Digestivo, <sup>c</sup>Anatomía Patológica y <sup>d</sup>Radiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Murcia. España.*

**Introducción.** El dermatofibrosarcoma protuberans es el sarcoma cutáneo más frecuente, un tumor de estirpe mesenquimal caracterizado por su agresividad local y capacidad de invasión de tejidos vecinos. De crecimiento lento, rara vez da metástasis, aunque con gran tasa de recidivas locales.

**Casos clínicos.** Mujer de 57 con tumoración dorsal izquierda de tres años de crecimiento, presentando placa eritematosa con tintes violáceos y nódulos blanquecinos en superficie con biopsia de dermatofibrosarcoma protuberans. La ecografía preoperatoria mostró infiltración de 3 cm en profundidad afectando la fascia muscular y 4 cm en superficie. Se realizó exéresis programada con planificación de bordes indicados por el radiólogo con reconstrucción mediante colgajo de rotación. Varón de 58 años con lesión inguinal derecha de 10 años de evolución. Presentaba una placa infiltrada de 8 cm con nódulos fibrosos. La biopsia mostró células fusiformes CD34+, compatibles con dermatofibrosarcoma protuberans. En la ecografía preoperatoria, infiltración tumoral del tejido celular subcutáneo y en superficie 5 cm de margen. Se llevó a cabo exéresis hasta fascia muscular y márgenes de 5,5 cm en superficie, con cierre primario sin necesidad de colgajo, actualmente sin recidiva local. Mujer de 55 años que presentaba placa eritematoviolácea en hombro derecho con biopsia de dermatofibrosarcoma protuberans. Dos días antes de la cirugía la ecografía mostró espesor dérmico de 3,5 cm de diámetro en superficie y proyecciones subcutáneas sin llegar a fascia muscular. Se realizó extirpación en bloque respetando la fascia muscular, ajustando a los márgenes ecográficos se pudo realizar cierre primario sin necesidad de colgajo ni reintervención.

**Discusión.** El dermatofibrosarcoma protuberans se caracteriza por su crecimiento en prolongaciones que invaden tejido celular subcutáneo, las cuales son difíciles de delimitar clínicamente. El principal reto terapéutico es la elevada frecuencia con la que recidiva localmente tras el acto quirúrgico. La ecografía supone una herramienta rápida y eficaz para delimitar adecuadamente los márgenes de extensión tumoral, tanto a nivel dermoepidérmico como de tejido celular subcutáneo y fascia muscular. De esta manera, se facilita el acto quirúrgico en un tiempo, evitando la ampliación de márgenes y realización de cirugías más agresivas.

#### P58. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE RECEPTORES DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO CON HISTORIA PREVIA DE MELANOMA

C. González-Cruz<sup>a</sup>, C. Ferrándiz-Pulido<sup>a</sup>, Á. Gómez Tomás<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>b</sup>, R. Salido Vallejo<sup>c</sup>, S. Segura Tigell<sup>d</sup>, C. Vico Alonso<sup>e</sup>, A. Boada García<sup>f</sup>, S. Puig Sarda<sup>b</sup> y V. García-Patos Briones<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>c</sup>Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. <sup>d</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). España.*

**Introducción y objetivo.** La creciente incidencia de melanoma hace esperable que cada vez sea más frecuente la necesidad de tener en cuenta el antecedente de esta neoplasia entre los pacientes candidatos a recibir un trasplante de órgano sólido (TOS) a la hora de valorar su riesgo de recurrencia en el período postrasplante. Dado que desconocemos la magnitud del riesgo, existe poca evidencia sobre el tiempo de espera recomendado entre el tratamiento y el trasplante. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la evolución de una serie de pacientes trasplantados con antecedente de melanoma.

**Métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a un TOS con antecedente de melanoma previo al trasplante.

**Resultados.** Se identificaron doce pacientes, todos caucásicos, de los que diez (83,3%) eran del sexo masculino. La mediana de edad al diagnóstico de melanoma fue de 53 años (rango, 39-72). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de melanoma hasta el trasplante fue de 10,5 años (rango, 1-17,5), siendo este período en dos pacientes inferior a dos años (un melanoma in situ y un estadio IA). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de melanoma hasta el último seguimiento o muerte fue de 16,9 años (rango, 2,5-23,9). Dos melanomas fueron in situ, cuatro estadio IA, tres estadio IB, uno estadio IIA y uno en estadio IIB. La estadificación inicial de un paciente no estaba disponible. Solo un paciente diagnosticado inicialmente de lentigo maligno en la mejilla presentó una recidiva local 11 años después del diagnóstico de melanoma y casi 5 años después del trasplante, que fue tratado con éxito con cirugía. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento por causas no relacionadas con el melanoma (una sepsis, una cardiopatía isquémica).

**Conclusiones.** Presentamos una de las series más largas de pacientes trasplantados con antecedente de melanoma pretrasplante. A pesar de incluir a pacientes con melanoma hasta estadio IIB, solo encontramos una recidiva local. Parece seguro proceder a realizar el TOS en los siguientes dos años tras el diagnóstico de un melanoma in situ o estadio IA, pero debemos tener prudencia en los estadios más avanzados.

### P59. DERMATOMIOSITIS ASOCIADA A RECIDIVA DE CÁNCER DE LARINGE

J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, J. Hernández-Gil Sánchez, A. Ramírez Andreo, E. Cutillas Marco, M.I. Úbeda Clemente, J. Ruiz Martínez, M.D. Ruiz Martínez, C. Soria Martínez y M.E. Giménez Cortés

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

**Introducción.** La dermatomiositis es una enfermedad de patogenia autoinmunitaria que tiene un riesgo de neoplasia asociada de un 15-25% aproximadamente.

**Desarrollo.** Mujer de 61 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de laringe intervenido en julio de 2021 que consultaba por un cuadro eczematoso de dos meses de evolución. Refería debilidad marcada en musculatura proximal (imposibilidad para peinarse y subir escaleras) así como poliartralgias. A la exploración física presentaba eritema periocular, en mentón, en región frontal, en región del escote y en área superior de la espalda. En manos, presentaba pápulas de aspecto liquenoide en dorso de interfalángicas, así como eritema periungueal con distrofia cuticular y alteraciones en la capilaroscopia con dilataciones de capilares y áreas avasculares. En cara lateral de muslos, áreas de eritema. Se realizó biopsia en sacabocados que informó de la presencia de zonas de hiperqueratosis ortoqueratósica compacta, con leve hipergranulosis, degeneración hidrópica de la basal, cuerpos apoptóticos y un infiltrado linfocítico perianexial y perivascular con depósito de mucina, hallazgos compatibles con pápulas de Gottron. Se realizó despistaje de neoplasias con prueba de imagen y revisión gine-

cológica. En TC de cuello se objetivaron nódulos sospechosos de recidiva en la grasa preepiglótica del pie de la epiglotis, en la grasa paraglotica a nivel de la banda izquierda y en margen anterior derecho de ventrículo laríngeo. Fue intervenida por ORL con diagnóstico de recidiva de carcinoma espinocelular pobremente diferenciado de laringe, llegando al diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica. En comité de tumores se decidió iniciar quimioterapia (CDDP 100 mg) y radioterapia (42 sesiones).

Para el cuadro cutáneo recibió tratamiento con corticoterapia oral e hidroxicloquina con mejoría de las lesiones.

**Discusión.** La frecuencia de tumores asociados a dermatomiositis oscila entre el 10-25%. Los tumores malignos genitourinarios, sobre todo el cáncer de ovario y el cáncer de colon, son los más frecuentes. La asociación con cáncer de laringe es mucho menos frecuente. Los anticuerpos anti-TIF1-gamma y NXP-2 se asocian a la forma paraneoplásica. El tratamiento de la neoplasia mejora el cuadro cutáneo siendo peor el pronóstico de la forma paraneoplásica con una supervivencia ligeramente disminuida.

### P60. ÚLCERAS POSTRADIOTERAPIA: CUÁNDO PREVERLAS

N. Blázquez-Sánchez<sup>a</sup>, M.I. Fernández-Canedo<sup>a</sup>, F. Rivas-Ruiz<sup>b</sup>, I. García-Ríos<sup>c</sup> y M. de Troya-Martín<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. <sup>c</sup>Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

La aparición de úlceras cutáneas crónicas de evolución tórpida constituye un efecto secundario relativamente frecuente de la radioterapia (RT). Este efecto puede impactar de forma significativa en la funcionalidad y calidad de vida del paciente, en especial cuando provoca la exposición de estructuras vulnerables como huesos o tendones subyacentes. Conocer los factores de riesgo que predisponen a esta complicación puede resultar útil en la planificación terapéutica del paciente.

**Objetivo.** Analizar la incidencia de úlceras crónicas postradioterapia en los pacientes derivados a tratamiento con RT desde el servicio de Dermatología del Hospital Costa del Sol. Identificar los factores clínico-epidemiológicos asociados a una mayor prevalencia de aparición.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes derivados a RT en el período comprendido de enero 2011 y enero 2022. Se analizan variables clínico-epidemiológicas (sexo, edad, tipo de tumor, localización y tamaño) y terapéuticas (existencia y tipo de cirugía previa, dosis total de RT, fracciones, grado de radiodermatitis aguda). Se realiza análisis descriptivo y se evalúan diferencias en relación con la presencia de ulceración, estableciendo el nivel de significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluye un total de 55 pacientes, con predominio de varones (76%) y edad media de 76 años (DE 9,05). El tamaño medio tumoral fue 2,5 cm (DE 1,47) y las localizaciones más frecuentes el cuero cabelludo (27,3%) y el tronco/extremidades (16,4%). La técnica empleada fue la braquiterapia (67% casos) y la radioterapia externa (25%), con intención de adyuvancia en el 96,4% de los casos y sin superar la dosis total de 60 Gy en ningún caso. Un 20% de los casos presentaron úlceras post-RT. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la presencia de radionecrosis y la localización en cuero cabelludo ( $p < 0,01$ ) y la realización previa de injerto como técnica reconstructiva quirúrgica ( $p < 0,013$ ).

**Conclusiones.** A tenor de nuestros resultados, y dada la asociación encontrada entre las úlceras complicadas postradioterapia y la localización en cuero cabelludo y sobre injertos, parece adecuado tener en consideración el empleo de técnicas reconstructivas alternativas al injerto en aquellos tumores subsidiarios de necesitar RT adyuvante, y especialmente en los localizados en cuero cabelludo.



## P61. USO DE METOTREXATO INTRALESIONAL COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Carmona-Oliveira, I. Castaño-Uhagón, P. Luque-Varela, J. Alonso Suárez-Pérez y E. Herrera-Acosta

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

**Introducción y objetivo.** El carcinoma epidermoide (CEC) es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente. La incidencia aumenta con la edad con una media de presentación alrededor de la sexta década, por ello, en ocasiones, afecta a pacientes de edad avanzada con comorbilidades que impiden el abordaje quirúrgico (tratamiento de elección). Por todo ello, nos propusimos analizar el efecto del metotrexato intralesional (MTX IL) sobre el tamaño tumoral y la sintomatología en pacientes con CEC inoperables.

**Métodos.** Para ello realizamos tratamiento con dos infiltraciones de 20 mg de MTX IL separadas por dos semanas en dos pacientes con CEC con alto riesgo quirúrgico.

**Caso 1.** Mujer de 97 años con múltiples comorbilidades (hipertensión, dislipidemia, cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, tuberculosis vertebral) entre las que destacaba enfermedad Alzheimer avanzada siendo totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria que consultó por una tumoración infiltrada, de consistencia dura y de coloración amarillenta en labio superior de un mes de evolución. Se tomó biopsia de la lesión, confirmándose el diagnóstico de CEC. Ante la situación clínica de la paciente y el tamaño tumoral, se consideró a la paciente inoperable y se realizó tratamiento con MTX IL con una considerable disminución del tamaño tumoral y sin objetivarse efectos adversos.

**Caso 2.** Varón de 78 años en cuidados paliativos por CEC en región frontal de cuero cabelludo estadio IV que presentaba dos lesiones a nivel de sien derecha compatibles con CEC que provocaban mucho dolor. Dada la situación clínica del paciente se decidió realizar tratamiento con MTX IL con práctica resolución de las lesiones y desaparición completa del dolor, con gran satisfacción por parte del paciente.

**Conclusiones.** Presentamos estos dos casos de tratamiento con MTX IL para el CEC en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Una opción de tratamiento segura, con mínimos efectos adversos y con buenos resultados clínicos, consiguiendo disminución del tamaño tumoral y desaparición de los síntomas. Por ello consideramos este tratamiento una opción que podría ser útil en estos pacientes, no obstante, son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral que apoyen estos resultados.

## P62. LESIÓN DE RÁPIDO CRECIMIENTO EN ADOLESCENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES NO NEURAL

M. Segado Sánchez<sup>a</sup>, D. López Martínez<sup>a</sup>, J.J. Parra García<sup>a</sup>, F.J. Martínez Ortega<sup>a</sup>, J. Román Gómez<sup>a</sup>, A. López Mateos<sup>a</sup>, E. García Martínez<sup>a</sup>, B. Ferri Níguez<sup>b</sup>, M. Segado Martínez<sup>b</sup>, J. Ruiz Martínez<sup>c</sup>, L. Requena Caballero<sup>d</sup> y P. Sánchez-Pedreño Guillén<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

**Introducción.** El tumor de células granulares (TCG) es una neoplasia de células poligonales con abundantes gránulos citoplasmáticos, derivadas de la cresta neural. Presentamos un caso de tipo no neural (TCG-NN).

**Caso clínico.** Mujer de 14 años con delección 18q23 y celiaquía, consultó por lesión en brazo derecho de nueve meses de evolución, con

rápido crecimiento en las últimas semanas. A la exploración se evidenció tumoración de 2,5 × 1,8 cm, pediculada e infiltrada, hemorrágica, en tercio proximal del húmero. Se procedió a escisión local amplia. El estudio histológico halló extensa ulceración epidérmica y acúmulo dermohipodérmico de células poligonales basófilas granulares con núcleos vesiculares, bien delimitado (focalmente encapsulado). En algunas zonas mostró morfología fusiforme y abundante trama vascular, con 10 mitosis por 10 campos de gran aumento. No se identificó pleomorfismo, necrosis ni embolización vasculolinfática. El perfil inmunohistoquímico positivo para NKIC3, ALK (clon D5F3), ciclinaD1 y TFE3, orientó el diagnóstico de TCG-NN. Se descartó extensión ganglionar mediante ecografía de región axilar. Tras seis meses de seguimiento no hay indicios de recidiva local.

**Discusión.** El TCG-NN es una variante infrecuente de TCG, de origen incierto. Presenta cierta predilección por adultos jóvenes o adolescentes, y leve predominio femenino. Aparece en cualquier localización, incluso cavidad oral, y suele presentarse como lesión pápulo-nodular o polipoide, asintomática, de larga evolución. En la bibliografía consultada apenas se han encontrado casos de rápido crecimiento como el nuestro. Es habitual que muestre características citológicas de malignidad, pero la mayoría sigue un curso benigno. Solamente se han publicado tres pacientes con metástasis ganglionar. Dada la escasez de casos, no existen criterios histológicos de malignidad establecidos. En base a los del TCG, se considera de riesgo cumplir 3 de 6 características: necrosis, fusocelularidad, pleomorfismo, núcleos vesiculares con nucléolo prominente, alta relación núcleo/citoplasma y > 2 mitosis por 10 campos de gran aumento. El antecedente de metástasis ganglionares en la literatura justifica el estudio de extensión regional, pero no está clara la indicación de biopsia selectiva de ganglio centinela. La escisión de la lesión debe ser radical y el seguimiento estrecho por el riesgo de recidiva local.

## P63. LINFOMA B DE ALTO GRADO EN CUERO CABELLUDO SOBRE ADENOCARCINOMA PULMONAR IRRESECABLE DE LARGO SUPERVIVIENTE

C. Martínez Mera<sup>a</sup>, V. Calvo de Juan<sup>b</sup>, L. Turrión Merino<sup>a</sup>, I. Salguero Fernández<sup>a</sup>, F. Alfageme Roldán<sup>a</sup>, M. Elosua González<sup>a</sup>, M. Hospital Gil<sup>a</sup>, G. Roustán<sup>a</sup> y L. Nájera Botello<sup>c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Oncología y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

Mujer de 69 años, con antecedentes de carcinoma intraductal de mama izquierda tratado con mastectomía radical en el año 2009. En el 2012 es diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar en estadio IIIB. Se inicia quimioterapia, alcanzando remisión parcial y posteriormente en junio 2013 se observa progresión de masa pulmonar con afectación de musculatura extratorácica, que es tratada con radio y quimioterapia. Es incluida en ensayo clínico con pembrolizumab, que se mantiene durante 2 años, completando 35 ciclos. La enfermedad permanece estable sin progresión en los últimos 5 años. En el año 2022 la paciente es derivada al servicio de dermatología porque presentaba una lesión en cuero cabelludo de 5 meses de evolución, que había crecido progresivamente. A la exploración en región occipital presentaba una masa rojiza de 4 × 5,5 cm, infiltrada, sin fanéneos. No se palpaban adenopatías cervicales, axilares ni supraclaviculares. Se realiza estudio histopatológico con hallazgos de un linfoma B difuso de células grandes, que en el estudio molecular mostraba traslocación c-Myc (8q24) en el 45% de los núcleos y Bcl6 (3q27) en 50% de los núcleos. En el estudio de médula ósea no presentaba signos de infiltración. Se inicia quimioterapia R-CHOP, con una rápida respuesta de la lesión del cuero cabelludo.

**Discusión.** El cáncer pulmonar metastásico tiene un pronóstico de supervivencia bajo, sin embargo hay pacientes que presentan respuestas sostenidas sin progresión de la enfermedad, llamados lar-

gus supervivientes. Por otra parte, la aparición de nuevas neoplasias tras carcinomas pulmonares es un fenómeno reconocido, pero ocasionalmente documentado; en el caso de nuestra paciente además se añade que previamente había presentado un carcinoma mamario. Por último, destacar que aunque se trata de un linfoma B de alto grado con doble traslocación, que se caracterizan por presentar un comportamiento más agresivo, ha mostrado un excelente resultado al tratamiento desde el comienzo.

#### P64. LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS: ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?

C. Campoy Carreño<sup>a</sup>, L. García Almazán<sup>a</sup>, F. Alarcón Soldevilla<sup>a</sup>, T.A. Hernández Gómez<sup>a</sup>, A. Ortiz González<sup>b</sup>, J. Pardo Sánchez<sup>a</sup>, F.J. de León Marrero<sup>a</sup>, F. Allegue Gallego<sup>a</sup> y Á. López Ávila<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena-Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). España.*

Presentamos el caso de un varón de 60 años, con antecedentes de enfermedad de Crohn en tratamiento con infliximab, que consulta por lesión a nivel de codo izquierdo de varios meses de evolución. A la exploración física se apreciaba una placa costrosa de 5 × 5 cm de diámetro con áreas marronáceas y eritematosas. Se biopsió, obteniéndose un patrón histopatológico compatible con pioderma gangrenoso, tratándose con corticoides. La lesión evolucionó de forma tórpida con aumento del tamaño, ulceración y exudación, por lo que se rebiopsió, con hallazgos de hiperplasia pseudocarcinomatosa, carcinoma epidermoide bien diferenciado e hiperplasia linfoide T. Se realizó exéresis y cierre del defecto con injerto, obteniéndose el mismo diagnóstico histopatológico y márgenes libres. En la siguiente revisión había crecimiento tumoral en la piel de alrededor del injerto, consistente en una placa excrecente de aspecto costroso y coloración eritematoviolácea. Se volvió a biopsiar ante sospecha de recidiva, con el inesperado resultado positivo de PCR para *Leishmania* spp. Con estos hallazgos nos planteamos si el episodio infeccioso fue el causante inicial de la neoplasia o fueron procesos sincrónicos, para ello revisamos el bloque de la exéresis y se le realizó la técnica de inmunohistoquímica de CD1a y PCR para *Leishmania*, ambas con resultado positivo. La leishmaniasis es una enfermedad producida por la infección por protozoos del género *Leishmania*, que puede provocar afectación cutánea, visceral o mucocutánea. Algunos autores la describen como una gran imitadora debido a su capacidad para simular todo tipo de dermatosis, incluso procesos neoplásicos. Las presentaciones atípicas tienen mayor incidencia en pacientes inmunocomprometidos, situación cada vez más frecuente en nuestro medio, debido al auge de los tratamientos inmunosupresores. En la literatura se plantea el potencial de la *Leishmania* para promover el desarrollo de neoplasias tanto en pacientes inmunocomprometidos como en inmunocompetentes. En nuestro caso, el paciente estaba inmunosuprimido por el tratamiento con infliximab, por lo que tanto esta situación como la infección parasitaria pueden haber actuado como promotores para el desarrollo del carcinoma de células escamosas o haber dos procesos no relacionados que han coincidido.

#### P65. EFICACIA DE FOTOAFÉRESIS EXTRACORPÓREA EN MICOSIS FUNGOIDE Y SÍNDROME DE SÉZARY: ESTUDIO RETROSPECTIVO

J. Montero Menárguez, C. Gutiérrez Collar, L.M. Guzmán Pérez, J. Arroyo Andrés, D. Falkenhain López y P. L. Ortiz Romero

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

**Introducción.** La fotoaféresis extracorpórea (FCE) es una técnica compleja aprobada por la FDA para el tratamiento de la micosis

fungoide (MF) y del síndrome de Sézary (SS) desde finales de la década de los ochenta. Actualmente se considera primera línea de tratamiento para MF y SS debido a su excelente perfil en cuanto a toxicidad y su eficacia moderada, la cual puede verse aumentada en combinación con otros tratamientos sistémicos. Tradicionalmente se han considerado como candidatos ideales a esta terapia pacientes con baja carga tumoral en sangre. Sin embargo, la evidencia científica actual es limitada dado el pequeño tamaño muestral.

**Objetivo.** Investigar las características principales de los pacientes con MF o SS tratados con FCE y analizar las respuestas terapéuticas en este grupo de pacientes.

**Material y métodos.** Realizamos una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de MF, SS primario o SS secundario tratados con FCE en monoterapia o en combinación en nuestro servicio, entre los años 2006 y 2022. Para ello se ejecuta una revisión de la historia clínica electrónica y de la base de datos de linfomas cutáneos. Se incluyeron un total de 34 pacientes. Posteriormente se recogieron las distintas variables analizadas en un Excel y se realizó un estudio estadístico descriptivo de todas las variables estudiadas.

**Resultados.** En primer lugar, analizamos variables antropométricas: edad, sexo, raza. También investigamos el estadio al diagnóstico (TNMB) y las terapias previas a FCE.

A continuación, describimos el tipo de FCE y combinaciones, la situación del paciente al inicio de FCE (TNMB, mSWAT) y el tipo de respuesta alcanzada con FCE: completa, parcial, enfermedad estable y progresión en cada uno de los compartimentos (piel, sangre, ganglios, vísceras). Por último, revisamos posibles efectos adversos de esta terapia.

**Conclusiones.** La MF y el SS continúan siendo un reto terapéutico para los dermatólogos. Nuestros datos contribuyen a avalar la FCE como línea terapéutica eficaz y segura, especialmente en combinación, para el tratamiento de estas enfermedades.

#### P66. VARIEDAD CLÍNICA DE LAS METÁSTASIS CUTÁNEAS DE TUMORES INTERNOS

A. García Mares, A. Conde Taboada, E. González Guerra, Á. Iglesias Puzas, A. Sirgado Martínez, L. Campos Muñoz y E. López Bran

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.*

Las metástasis cutáneas (MC) constituyen una manifestación rara y de mal pronóstico de los tumores viscerales, con una prevalencia estimada en pacientes oncológicos entre el 1% y el 4%. Las MC tienen presentaciones clínicas muy heterogéneas, lo cual puede retrasar o impedir el diagnóstico si no existe sospecha clínica inicial. Por ello, el objetivo de esta comunicación es mejorar el diagnóstico diferencial de las lesiones sugestivas de MC mediante casos e imágenes extraídos de la práctica dermatológica diaria. Para la realización del presente trabajo se han recopilado los diagnósticos de MC de tumores viscerales de las consultas externas de Dermatología del Hospital Clínico San Carlos en los últimos 5 años. Se encontraron 13 pacientes, 9 de ellos (69%) con tumor primario de mama, uno de pulmón, uno de páncreas, uno de vejiga y un carcinoma de origen desconocido. En 6 de los pacientes (46%), la identificación de MC permitió el diagnóstico de novo de la neoplasia primaria. Acorde a los hallazgos descritos en la literatura consultada, la localización más frecuente de las MC fue el tórax (77%), seguida del cuero cabelludo (15%). Este hecho sugiere una diseminación anatómicamente próxima al tumor primario, pues el grueso de los carcinomas provenían de la mama (69%). La mayoría de las MC (54%) se presentaron como nódulos eritematosos o del color de la piel, aislados o múltiples; aunque también se encontraron pacientes con otras lesiones elementales (pápulas eritematosas, pápulas hiperqueratósicas psoriasis-like y úlceras). Como casos de difícil diagnóstico destacan

un carcinoma telangiectásico de mama (presentándose como equimosis en la pared torácica anterior) y otro caso de metástasis zosteriformes torácicas secundarias a un carcinoma de mama. En resumen, las MC de neoplasias sólidas se manifiestan de forma muy diversa en la clínica, incluso en el caso de tumores primarios histológicamente similares entre sí. En un porcentaje elevado de los pacientes, las MC son la primera manifestación de un tumor visceral, por lo que el dermatólogo desempeña un papel importante en la detección de neoplasias internas y las MC deben incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones sospechosas.

### P67. CARCINOMA ESCAMOSO SARCOMATOIDE INFILTRANTE: UN RETO TERAPÉUTICO

A. Gil Villalba, M.D. Pegalajar García, T. Ródenas Herranz, F.M. Almazán Fernández, J.J. Vega Castillo y R. Ruiz Villaverde

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

Paciente varón de 94 años derivado a Dermatología por una lesión de rápido crecimiento, 2 meses de evolución, en la zona centrotorácica. A la exploración presentaba una tumoración excrecente de 8,4 × 7,7 cm, sangrante y exudativa con una marcada circulación colateral. Se palpaban adenopatías rodaderas biaxilares. Se realizó estudio de extensión prequirúrgico mediante TAC que mostraba extensión del tumor al tejido celular subcutáneo en íntima relación con los músculos pectorales y la cortical del esternón sin infiltrarlos y sin afectación ganglionar. Se extirpó la lesión con márgenes de seguridad laterales, y en profundidad hasta plano osteomuscular, y se realizó una reconstrucción con injerto dermoepidérmico mallado. El resultado histológico fue de carcinoma escamocelular sarcomatoide infiltrante de 16,3 mm de espesor, nivel V de Clark con invasión perineural, con límites quirúrgicos libres de tumor. A las 4 semanas se apreciaba una recidiva tumoral en zona central y superior del injerto, confirmada mediante biopsia. Por edad y comorbilidad del paciente se decidió manejo paliativo con radioterapia (60 Gy en 15 sesiones de 4Gy). El carcinosarcoma es un tumor de histología bifásica con un componente mesenquimal, sarcomatoso y otro epitelial (escamoso, basocelular o aneal). La inmunohistoquímica tiene un papel fundamental en el diagnóstico con positividad para citoqueratinas, p63, vimentina y CD10. Con frecuencia afecta a órganos como la mama, uretra o pulmón, pero los primarios cutáneos son muy infrecuentes. Respecto al subtipo carcinoma escamocelular sarcomatoide, la mayoría se presentan en varones, de edad avanzada, en áreas fotoexpuestas o irradiadas y son de gran tamaño (> 40 mm de media). El pronóstico es variable con un riesgo de recidiva local y metástasis que oscila entre el 12-50%. Son pocos los casos descritos con tanta agresividad local, requiriendo adyuvancia con radioquimioterapia.

### P68. REACCIÓN PARADÓJICA CD30 DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRENTUXIMAB

L. Haya Martínez<sup>a</sup>, C. Manzanos Yustas<sup>a</sup>, M. Recio Monescillo<sup>a</sup>, B. Ruffín Vicente<sup>a</sup>, J. Torre Castro<sup>a</sup>, S. Machan<sup>a</sup>, C. Santonja Garriga<sup>b</sup>, M. Rodríguez Pinilla<sup>b</sup> y L. Requena Caballero<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

Presentamos el caso de una mujer de 77 años diagnosticada de linfoma de Hodgkin estadio III (afectación ganglionar a ambos lados del diafragma) que realizó tratamiento inicial con ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina) con respuesta metabólica completa pero con posterior recaída en 2021. Se inició entonces tratamiento de segunda línea con brentuximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD30. Dos semanas después de la primera infusión comenzó con lesiones cutáneas pruriginosas consistentes en pápulas eritematosas de centro necrótico dispersas en tronco y cuatro

extremidades. Se realizó biopsia de una de estas lesiones, en la que se observó una proliferación linfoide T CD30 positiva compatible con el diagnóstico de papulosis linfomatoide. La papulosis linfomatoide es un linfoma cutáneo primario T CD30 positivo que puede asociarse a otras neoplasias hematológicas entre las que se encuentra el linfoma de Hodgkin. En la mayoría de los casos se trata de un cuadro autorresolutivo y que no requiere tratamiento. En las formas que sí precisan tratamiento y que son refractarias o resistentes a los tratamientos clásicos, el brentuximab ha demostrado ser un tratamiento efectivo. El brentuximab es un fármaco conjugado compuesto por un anticuerpo monoclonal dirigido contra CD30 unido de manera covalente al agente antimicrotúbulos monometil auristatina E. Está indicado para el tratamiento de linfoma de Hodgkin, linfoma anaplásico de células grandes sistémico y linfoma cutáneo de células T refractarios o resistentes a otros tratamientos. En el caso que presentamos se produce la situación paradójica de desarrollo de un linfoma cutáneo primario CD30 positivo en el seno de un tratamiento dirigido anti-CD30. Según nuestro conocimiento, a día de hoy existe solo un caso similar publicado en la literatura.

### P69. UTILIDAD DE LA PROTEÍNA S100 EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO. UN ESTUDIO DE COHORTES EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

L. Martos-Cabrera<sup>a</sup>, P. Rodríguez-Jiménez<sup>a</sup>, I. Lladó<sup>a</sup>, Y. Delgado-Jiménez<sup>a</sup>, E. Gallo<sup>a</sup>, R. Navarro<sup>a</sup>, E. Muñoz-Aceituno<sup>a</sup>, A. Reolid<sup>b</sup>, B. Butrón-Bris<sup>a</sup>, C. Nuñez-Arenas<sup>b</sup> y A. Tejera-Vaquero<sup>c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Análisis Clínicos. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>c</sup>Coordinador del registro de Melanoma. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. España.*

**Introducción.** Se han propuesto varios biomarcadores para detectar eventuales recidivas en el melanoma cutáneo como la proteína S100. Sin embargo, su papel en la detección temprana de recurrencias es controvertido. Por ello, quisimos determinar su utilidad en práctica clínica real.

**Métodos.** Estudio retrospectivo incluyendo melanomas no metastásicos (estadios I-III) con un periodo de seguimiento mínimo de 12 meses entre 2015 y 2020. Las determinaciones de la S100 variaron según el protocolo de seguimiento.

**Resultados.** Doscientos veintiséis pacientes, 116 (51,3%) eran mujeres. El subtipo de melanoma más frecuente fue melanoma de extensión superficial (52,7%) y la localización más frecuente, el tronco (42,7%). El 48,9% de pacientes se encontraba en estadio I al comienzo del seguimiento, el 34,1% en estadio II y el 17% en estadio III. La mayoría de los pacientes solo recibieron tratamiento quirúrgico (73,8%). Durante el seguimiento, 69 pacientes presentaron metástasis: 12,8% ganglionares, 10,7% viscerales y 7,1% en tránsito. El método de detección de la metástasis fue la prueba de imagen (en el 53,3%), el propio paciente (24,4%), el médico (18,8%) y solo en el 4,4%, la elevación de la s100. Las metástasis en tránsito fueron diagnosticadas con mayor frecuencia por el paciente (40%), mientras que las metástasis ganglionares y viscerales lo fueron mediante prueba de imagen (51,7 y 66,6% respectivamente). Encontramos una tasa de verdaderos positivos (elevación de la s100 coincidiendo con la aparición de metástasis) del 8,4% y una tasa de verdaderos negativos (sin elevación ni detección de metástasis) del 67,6% (elevación adecuada). En nuestra serie, los valores de sensibilidad y especificidad fueron del 43% y del 84%, respectivamente; con un valor predictivo positivo y negativo de 40% y de 86%. La elevación de la s100 no apareció asociada a la presencia de insuficiencia renal o hepática. Se observó una relación entre la elevación adecuada y un adecuado seguimiento, así como con aquellos pacientes cuyo melanoma primario presentaba mitosis y era de localización acral, y entre los verdaderos negativos con la ausencia de ulceración.

**Conclusiones.** La utilidad de s100 en el seguimiento de pacientes con melanoma no metastásico tiene un valor limitado en la detección de metástasis, aunque su uso complementario a la exploración física y a las pruebas de imagen puede suponer un valor añadido.

### P70. PRURITO INCOHERIBLE DE MÁS DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN

J. Ruiz-Rivero<sup>a</sup>, C. Horcajada-Reales<sup>a</sup>, B. Echeverría-García<sup>a</sup>, H. Álvarez-Garrido<sup>a</sup>, J.C. Tardío<sup>b</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.*

**Introducción.** El síndrome de Sézary (SS) es una variante de linfoma cutáneo de células T (LCCT) que se define por la presencia de eritrodermia, poliadenopatía y afectación en sangre periférica (SP) por células de Sézary. El SS suele comenzar con eritrodermia y afectación de SP, sin la fase previa de parches y placas de la micosis fungoide (MF). La presencia de adenopatías puede ser no significativa y no es un criterio necesario para el diagnóstico.

**Caso clínico.** Varón de 62 años de edad con prurito generalizado muy intenso y con importante limitación de su vida diaria por este motivo. A la exploración física, inicialmente el paciente apenas presentaba afectación cutánea, solo de forma ocasional alguna pápula excoriada o alguna zona de piel más infiltrada. Con la sospecha de una posible micosis fungoide durante un tiempo de seguimiento de 3 años se llegaron a realizar hasta 5 biopsias, ninguna de ellas concluyente. Ante la persistencia de los síntomas tan intensos y limitantes se realizó estudio completo y exhaustivo para descartar un origen orgánico, pero todas las pruebas complementarias realizadas fueron normales o negativas. Finalmente se solicitó una citometría de flujo en sangre periférica en la que se detectó un aumento de la población T CD4 con un cociente CD4/CD8 > 10, en un 75% patológica con un fenotipo CD3d, CD4, CD5d, CD2 con CD7 y CD26 negativos; todo ello compatible con una expresión periférica de células de Sézary. Con el juicio clínico de SS se solicitó una PET-TAC que resultó normal y desde entonces el paciente se encuentra en un ensayo clínico con un anticuerpo monoclonal anti-KIR3DL2.

**Discusión.** En la actualidad el SS y la MF se consideran 2 entidades diferenciadas a pesar de estar estrechamente relacionadas. La International Society of Cutaneous Lymphoma (ISCL) lo define como la variante de LCCT eritrodermica que lleva inherente la expresión leucémica. La células de origen en el SS es el linfocito de memoria central o circulante, a diferencia de la MF que es el linfocito T de memoria residente en la piel. Se trata de una enfermedad sistémica desde el diagnóstico, con un pronóstico adverso y una supervivencia media inferior a 4 años.

### P71. MELANOMA VULVAR: UN TUMOR CON COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y BIOLÓGICO DIFERENTE

N. Silvestre Torner<sup>a</sup>, E. Ramiro Arcediano<sup>b</sup>, A. López Martín<sup>c</sup>, M. Dorado Fernández<sup>a</sup>, F. Gruber Velasco<sup>a</sup> y E. Vargas Laguna<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Obstetricia y Ginecología y <sup>c</sup>Oncología Médica. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

**Introducción.** El melanoma vulvar (MV) es un tumor infrecuente con un comportamiento clínico y biológico diferente al melanoma cutáneo (MC).

**Caso clínico.** Presentamos una mujer de 73 años, con antecedente de liquen escleroatrófico, con una lesión polipoide de coloración negruzca y rápido crecimiento en el último año en labio mayor izquierdo. Tras la confirmación histopatológica de melanoma y estudio de extensión PET-TAC negativo, se realizó extirpación quirúrgica con 2 cm de margen periférico y biopsia selectiva de ganglio centi-

nela (BSGC). Se confirmó el diagnóstico de melanoma de extensión superficial ulcerado, con índice de Breslow 16 mm. La BSGC fue negativa. Se realizó radioterapia adyuvante sobre lecho tumoral. A los 9 meses de seguimiento, presentó un nódulo pulmonar hipermetabólico en estudio PET-TAC, confirmándose tras resección quirúrgica el diagnóstico de metástasis de melanoma.

**Discusión.** El MV es un tumor infrecuente, con una incidencia de < 0,2 casos/100.000 mujeres. A diferencia del MC, su localización en zonas no fotoexpuestas presupone otra etiopatogenia diferente a la radiación ultravioleta. Al igual que el resto de melanomas de mucosas, presenta un perfil molecular distinto al MC, con una positividad del 25% de los casos para mutaciones del gen KIT y un menor número de casos con mutaciones en la vía MAPK (genes BRAF, NRAS). El MV presenta una peor supervivencia a los 5 años (27-60%), una mayor tasa de recurrencia locorregional y de metástasis a distancia en comparación con el MC, lo que se atribuye al retraso diagnóstico por su localización, su diferente comportamiento biológico y su menor respuesta a otros tratamientos del MC. El tratamiento quirúrgico es la primera línea terapéutica. Cirugías conservadoras que permitan una escisión radical amplia presentan tasas similares de supervivencia y una menor morbimortalidad que la vulvectomía radical. El papel de la radioterapia y la quimioterapia es controvertido. La inmunoterapia dirigida frente a las vías oncogénicas BRAF/NRAS (dabrafenib/trametinib) y/o del gen KIT (imatinib) son una posibilidad de tratamientos sistémicos.

### P72. CASOS QUE ENSEÑAN: ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

A.J. Durán Romero, D. Jiménez Gallo, I.M. Villegas Romero, J.F. Millán Cayetano, M.T. Fernández Morano y M. Linares Barrios

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

**Introducción y objetivo.** El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un raro tumor cutáneo neuroendocrino con tendencia a la recidiva local y a metastatizar a distancia. Suele aparecer en zonas fotoexpuestas en mayores de 65 años, y hasta un 80% de los casos son positivos para el poliomavirus, el cual podría tener un papel etiopatogénico importante. En su tratamiento local se emplean la cirugía y/o la radioterapia, mientras en estadios avanzados la terapéutica es más discutida.

**Caso clínico.** Varón de 67 años con HTA y diabetes con CCM en brazo izquierdo extirpado en 2017 con estudio de extensión basal (ecografía locorregional, PET-TAC) ampliación y BSGC negativos, acudió cuatro años después a seguimiento mostrando síndrome constitucional. Se solicitó PET-TC, objetivándose adenopatías supra e infrafragmáticas confirmadas histológicamente como metastásicas. Inició avelumab 800 mg intravenoso cada 2 semanas logrando 11 meses (22 infusiones) de respuesta parcial, momento en el que se objetivó progresión radiológica. Un octeoscan mostró presencia de receptores de somatostatina en células tumorales por lo que se añadió octeótrida 30 mg/28 días intramuscular, pese a lo cual presentó progresión clínico-radiológica a los 3 meses. Ante la falta de respuesta, se inició ipilimumab 1 mg/kg + nivolumab 3 mg/kg, con buena tolerancia hasta el momento, pendiente de evaluación de respuesta radiológica.

**Discusión.** El tratamiento del CCM metastásico ha experimentado importantes avances en los últimos años. La quimioterapia clásica queda casi relegada tras la llegada de la inmunoterapia. Avelumab (anti-PD-L1) se sitúa como el tratamiento sistémico de primera línea para los casos metastásicos o irreseccables. Recientes estudios en primera línea de ipilimumab y nivolumab muestran una respuesta objetiva del 100%, datos que apoyan el uso de estos fármacos como una segunda línea de tratamiento sistémico muy prometedora. Asimismo, recientes ensayos aportan datos favorables de pembrolizumab de forma adyuvante y nivolumab como terapia neoadyuvante. Final-

mente, en pacientes seleccionados, los análogos de la somatostatina (octeotride) pueden aportar un beneficio adicional.

**Conclusiones.** El CCM metastásico supone un reto terapéutico. La inmunoterapia se abre paso como una opción que puede aumentar la esperanza de vida en estos pacientes. Son necesarios nuevos estudios que confirmen estos prometedores resultados.

### P73. ANÁLISIS DEL IMPACTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MELANOMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

A. Soto Moreno, P. Díaz Calvillo, C.A. Ureña Paniego, S. Haselgruber de Francisco, A. Martínez López y S. Arias Santiago  
*Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada. España.*

**Introducción.** Pese a los avances terapéuticos y pronósticos logrados, recibir un diagnóstico de melanoma puede generar en el paciente un impacto emocional y conductual que todavía es poco conocido.

**Objetivo.** Analizar el impacto emocional y conductual que genera en los pacientes el diagnóstico de melanoma y el proceso asistencial consecuente.

**Métodos.** Se diseñó un estudio cualitativo en el que se realizó una entrevista semiestructurada a pacientes con diagnóstico de melanoma. Las respuestas fueron transcritas y analizadas por temática para identificar los temas principales de cada pregunta. Las transcripciones y los análisis fueron revisados por un investigador independiente.

**Resultados.** Se incluyeron 15 pacientes en el estudio, siendo un 53% (8/15) mujeres. La edad media fue de 50 años. El 26,6% (4/15) de los pacientes tenían un melanoma estadio III o superior. Fueron identificados cuatro temas principales: el miedo al recibir el diagnóstico, el miedo a la recidiva y la extensión de la enfermedad, la preocupación por la familia, y el aumento de las precauciones y medidas preventivas. Con el tiempo, aumentó el optimismo y mejoraron las expectativas futuras, aunque algunos participantes vieron cambiada su vida por las secuelas de la enfermedad o una mayor restricción de su vida social.

**Conclusiones.** El diagnóstico de melanoma genera miedos y preocupaciones en los pacientes a la vez que restringe su vida social. Este impacto afectivo y conductual debe ser abordado para mejorar la calidad asistencial y las expectativas del paciente con melanoma.

### P74. VITÍLIGO TRAS TRATAMIENTO CON TEBENTAFUSP EN PACIENTE CON MELANOMA DE COROIDES METASTÁSICO

I. Oteiza Rius, J. Antoñanzas Pérez, A. Morelló Vicente, E.M. Gómez González y R. Salido-Vallejo

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

**Introducción.** El tebentafusp es un fármaco recientemente aprobado para el tratamiento del melanoma uveal metastásico que va dirigido contra la glucoproteína 100 (gp100). A pesar de tener un buen perfil de seguridad, algunos pacientes pueden presentar efectos cutáneos adversos producidos por la destrucción de melanocitos que expresan en su superficie gp100.

**Caso clínico.** Varón de 83 años diagnosticado de melanoma de coroides con metástasis pulmonares y hepáticas en tratamiento con tebentafusp desde hace 15 meses en respuesta parcial. El paciente fue derivado a nuestro servicio para valoración de lesiones pruriginosas faciales y en dorso de manos relacionadas con el inicio de tratamiento. En la exploración física, presentaba un leve eritema no indurado con descamación en región facial y cuero cabelludo. Por otro lado, se apreciaban máculas acrómicas en región distal de

antebrazos y dorso de manos asociadas a leucotriquia ciliar y de pestañas. Tres meses tras la suspensión del tratamiento por mala tolerancia, el paciente volvió a consultar por repigmentación parcial y progresiva de las manchas acrómicas.

**Discusión.** El tebentafusp ha sido asociado frecuentemente a toxicidad cutánea, siendo el vitiligo uno de los hallazgos más prevalentes en estos pacientes junto con xerosis, erupción exfoliativa y prurito. Cabe destacar que, aunque estos efectos secundarios pueden ser reversibles, en ocasiones condicionan la tolerabilidad del paciente y pueden llevar a un reajuste de dosis. El desarrollo de vitiligo secundario a inmunoterapia ha sido descrito con diferentes fármacos empleados en oncología cutánea tales como los anti-PD1 y anti-CTLA4. Aunque la presencia de vitiligo ha sido relacionada con una mejor respuesta tumoral en pacientes en tratamiento con estos fármacos, hasta la fecha, no se ha podido correlacionar una mejora en la respuesta al tratamiento con el tebentafusp.

**Conclusiones.** Los pacientes en tratamiento con tebentafusp pueden desarrollar toxicidad cutánea en un porcentaje elevado de casos. Aunque actualmente no existe evidencia suficiente que correlacione la toxicidad cutánea con la respuesta a dicho tratamiento, resulta fundamental el reconocimiento y manejo de dicha patología cutánea para evitar un impacto negativo en la pauta terapéutica del paciente.

### P75. VITÍLIGO SECUNDARIO A INMUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL MELANOMA AVANZADO: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

M. Pozuelo Ruiz<sup>a</sup>, R. D. Palacios Díaz<sup>a</sup>, C. Abril Pérez<sup>a</sup>, M. Mansilla Polo<sup>a</sup>, D. Martín Torregrosa<sup>a</sup>, B.J. de Unamuno Bustos<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.*  
<sup>b</sup>*Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

El desarrollo de vitiligo durante el tratamiento del melanoma avanzado con inhibidores de puntos de control inmunitario (anti-PD1) se ha relacionado con mejores respuestas clínicas y mayor supervivencia. Al igual que otras dermatosis, se considera un efecto adverso inmunorrelacionado cutáneo por efecto directo del fármaco: la activación de linfocitos puede promover fenómenos autoinmunes o autoinflamatorios que tienen diana en la piel con relativa frecuencia, aunque en el mecanismo subyacente al vitiligo se presupone una reactividad cruzada con las células del melanoma. De hecho, el vitiligo se ve con mayor frecuencia en inmunoterapia por melanoma que bajo otras indicaciones. Este estudio observacional tiene como objetivo analizar cuántos de nuestros pacientes con melanoma e inmunoterapia (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab) desarrollan vitiligo y la respuesta oncológica obtenida durante el tratamiento. Para ello, realizamos una recopilación retrospectiva de datos procedentes de las historias clínicas y pruebas complementarias. Se revisan las características clinicopatológicas, la supervivencia global y supervivencia libre de progresión como puntos principales. Los resultados obtenidos se comentan con relación a lo descrito en la literatura.

### P76. MELANOMA DESMOPLÁSICO NEUROTROPICO, UN DIFÍCIL RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

M. Menéndez Sánchez<sup>a</sup>, A. Muñiz de Lucas<sup>a</sup>, G. Dradi<sup>a</sup>, J.S. Griffiths Acha<sup>a</sup>, D. de la Vega Ruiz<sup>a</sup>, A. Méndez Valdés<sup>a</sup>, S. de Benito Mendieta<sup>a</sup>, R. Miñano Medrano<sup>a</sup>, F. Pinedo Moraleda<sup>b</sup> y J.L. López Esteban<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. España.*

El melanoma desmoplásico neurotrópico (MDN) es una rara variedad histológica del melanoma, que se caracteriza por la proliferación de células fusiformes en un estroma desmoplásico asociado a neurotropismo. Se considera una variante del melanoma desmoplásico que supone el 1% de los melanomas. Presentamos el caso de una mujer de 61 años en estudio desde 2021 por una lesión a nivel de falange distal de cuarto dedo de la mano izquierda en forma de placa eritematosa descamativa de 3 cm. Fue diagnosticada inicialmente como eccema y neuroma, entre otros; y tratada con corticoides tópicos, intralesionales y antibióticos. Finalmente, se dio el diagnóstico, tras un exhaustivo examen histológico, de melanoma in situ asociado a melanoma fusocelular (desmoplásico/neurotrópico). Se realizó una amputación del cuarto dedo de la mano, asociado a biopsia selectiva de ganglio centinela y estudio de extensión que fueron negativos. En la literatura, los casos descritos de MDN afectan con más frecuencia a varones, en torno a la sexta década de la vida, y suelen aparecer a nivel de cabeza y cuello, pudiendo provocar neuropatías craneales. Clínicamente se presentan como lesiones anodinas que pueden ser amelanóticas y que simulan benignidad, retrasando el diagnóstico. Histológicamente se caracterizan por la presencia de células fusiformes con neurotropismo. La falta de expresión de algunos marcadores propios del melanoma puede dificultar el diagnóstico. Estos melanomas presentan un alto índice de recurrencia local pero una menor tasa de metástasis y ganglios afectados, por lo que la supervivencia puede ser mayor que la de otros tipos de melanoma. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico puede ensombrecer el pronóstico y presentar un mal resultado funcional. El tratamiento consiste en una amplia resección quirúrgica, con márgenes de al menos 1 cm según recomiendan algunos estudios. Se recomienda el empleo de radioterapia adyuvante para el control local de la enfermedad. Es importante conocer esta enfermedad para tener un alto índice de sospecha en aquellas lesiones que simulan benignidad y que no responden a tratamientos convencionales o en aquellos casos de lesiones cutáneas que asocian una neuropatía. De ese modo, se podría evitar el retraso en el diagnóstico que suele acompañar a este tipo de melanomas, mejorar el pronóstico oncológico y la funcionalidad posquirúrgica.

### P77. CARCINOMA BASOCELULAR VULVAR: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

M. Luque-Luna<sup>a</sup>, R. Albero<sup>b</sup> y A. Toll-Abelló<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínic de Barcelona. España.*

**Introducción y objetivo.** El carcinoma basocelular (CBC) vulvar es infrecuente, representando < 5% de las neoplasias vulvares. Los pacientes con síndrome de Gorlin por mutación germinal en SUFU presentan CBC con diferenciación infundibuloquistica y algunos de estos son vulvares. Con la intención de determinar si los CBC esporádicos vulvares tienen una histología infundibuloquistica, revisamos la clínica y la histología de una serie retrospectiva de pacientes con dichos tumores de nuestro centro.

**Métodos.** Registramos las siguientes variables de todas las pacientes operadas de CBC vulvar en nuestro hospital en los últimos 25 años: localización, edad de aparición, historia personal de otro cáncer, tamaño, método de diagnóstico y tratamiento, qué especialidad lo diagnosticó y trató, tratamientos adyuvante o reintervenciones, criterios de Gorlin y/o estudio genético, variante histológica, tiempo de seguimiento y recurrencias.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 21 pacientes (edad media: 79, rango: 59-95 años). Una de ellas fue intervenida de 2 CBC vulvares, aumentando la muestra a 22 tumores. Únicamente el 22% de ellas fue diagnosticado por el servicio de dermatología, diagnosticándose el resto en el servicio de ginecología. El 74% de

las lesiones fueron tratadas por ginecólogos, el 22% por dermatólogos y el 4% por cirugía plástica, practicándose en todos ellos una exéresis simple como tratamiento, excepto una paciente en la que se realizó hemivulvectomía. Ninguna de las pacientes presentaba criterios de síndrome de Gorlin. Dos de las pacientes habían desarrollado más de 7 CBC faciales, realizándoseles despistaje genético de síndrome de Gorlin (genes PATCHED y SUFU) resultando negativo en ambas. El 27,3% de los tumores presentaban áreas infundibuloquisticas. Un 19% eran CBC superficiales, 38% nodulares, 19% presentaban componente superficial y nodular y un 14,2% eran infiltrantes.

**Conclusiones.** No hemos constatado una histología peculiar entre los CBC vulvares en relación con los de otras localizaciones, aunque una pequeña parte de ellos presentan áreas localizadas de diferenciación infundibuloquistica. Ninguno de nuestros pacientes cumplió criterios de síndrome de Gorlin. La mayoría han sido tratados por ginecología, probablemente detectados en revisión rutinaria, haciendo que la edad de diagnóstico de los CBC vulvares sea mayor que en otras localizaciones.

### P78. TUMOR MELANOCÍTICO BAP-1 INACTIVADO

L. Fernández de la Fuente<sup>a</sup>, S. Herrero Ruiz<sup>a</sup>, H. Álvarez<sup>a</sup>, A. Garrido Ríos<sup>a</sup>, B. Echeverría García<sup>a</sup>, R. Khedaoui<sup>b</sup> y J. Borbujo Martínez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 51 años sin antecedentes médicos de interés consulta por lesión en cuero cabelludo de años de evolución que ha aumentado significativamente de volumen en los últimos meses. A la exploración física, la paciente presenta una lesión pediculada sobre base de 2 cm, eritematosa, de consistencia blanda, con escamas de queratina en superficie y telangiectasias gruesas y finas a la dermatoscopia. Hay siete lesiones satélites alrededor de la lesión principal, de un tamaño inferior, en torno a 5 mm y menor volumen. Se realiza una biopsia de la lesión de mayor tamaño. El diagnóstico anatomopatológico evidencia un fragmento de piel con un tumor melanocítico con inactivación del BAP-1 (BAPoma). En el estudio inmunohistoquímico se detecta S-100, p16 y melan A. HMB45 únicamente en la porción superficial. La tinción para BAP-1 muestra franca pérdida de su expresión. Se extirpan todas las lesiones en cuatro fragmentos con margen de 5 mm y se reconstruye con colgajo de avance combinado.

**Discusión.** El BAPoma es un tumor melanocítico intermedio que ha sido descrito recientemente. Clínicamente se describe como una pápula circunscrita de color piel a marrón-rojizo, con forma de cúpula y pediculada, con diámetro variable entre los 2 y los 10 mm. Se presenta más frecuentemente entre la segunda y tercera décadas de vida. El diagnóstico se confirma mediante inmunohistoquímica, demostrando la pérdida de expresión nuclear de BAP-1 en los melanocitos alterados. BAP-1 es un gen supresor de tumores, y sus mutaciones pueden provocar varios tumores en humanos. La mutación en la línea germinal ha sido descrita en familias con mayor riesgo hereditario de ciertos tipos de cáncer como el melanoma cutáneo y uveal, mesotelio maligno, carcinoma de células renales y otros tumores malignos frecuentes como el cáncer de pulmón o de mama. Habitualmente el índice de proliferación es bajo (< 5%) por lo que se considera un tumor melanocítico BAP-1 inactivado con displasia de bajo grado y se recomienda su extirpación completa con margen de 2 mm. Si por el contrario, el índice de proliferación es mayor, se considera un tumor melanocítico BAP-1 inactivado con displasia de alto grado y en la resección, los márgenes sugeridos son de 5 a 10 mm. Se debe dar consejo genético en casos seleccionados según antecedentes personales y familiares y en casos de tumores múltiples.

### P79. MÚLTIPLES POROMAS, HIDRADENOMAS Y SEBACEOMAS EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE GORLIN. ¿SOLO UNA COINCIDENCIA?

L. Rusiñol, E. Carmona-Rocha, A. Mozos y O. Yélamos

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

El síndrome de Gorlin (SG) es un trastorno raro de herencia autosómica dominante, predisponente a la formación de tumores. Mayoritariamente debido a mutaciones germinales del gen PTCH1. Los pacientes afectos presentan múltiples carcinomas basocelulares (CBC) precozmente, múltiples quistes odontogénicos mandibulares, trastornos del desarrollo y riesgo de meduloblastoma en infancia precoz. A nivel cutáneo, se caracteriza por presentar múltiples CBC y "pits" palmo-plantares. Presentamos el caso de una paciente con SG que presentó múltiples tumores sebáceos y de glándulas sudoríparas.

**Caso clínico.** Mujer de 78 años diagnosticada de SG, consultó a dermatología por aparición durante el último año de múltiples lesiones cutáneas. A la exploración se observaron > 30 placas eritematosas con vasos polimorfos y arboriformes con terminaciones redondeadas. Algunas con descamación y erosiones superficiales. Debido al antecedente de SG, se sospechó que se trataba de múltiples CBC. Se realizaron 7 biopsias, con la detección de 2 poromas y 5 hidradenomas ecninos. Todas ellas negativas para BerEp4 en la inmunohistoquímica. Durante el seguimiento aparecieron 3 lesiones faciales nuevas de fondo amarillento y vasos lineales, con histología de sebaceomas. El estudio de inestabilidad de microsátélites fue negativo.

**Discusión.** El diagnóstico de múltiples tumores cutáneos benignos en una paciente con SG nos llamó la atención. Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed y OMIM, sin encontrarse casos similares. Múltiples sebaceomas están descritos en el síndrome de Muir-Torre, pero presentaría inestabilidad de microsátélites en las lesiones cutáneas. Hay 19 casos publicados de pacientes con múltiples poromas; en 13 casos tenían el antecedente de quimioterapia y/o radioterapia y un caso fue descrito en un paciente con lupus eritematoso sistémico. Además, existe un caso reportado de desarrollo de un poroma y un tricoblastoma sobre un nevus sebáceo mutado en HRAS. El estudio genético permitió detectar TP53 y NOTCH2 mutados en el poroma y tricoblastoma respectivamente. En nuestra paciente, la causa de los múltiples tumores cutáneos benignos permanece desconocida. Se encuentra pendiente de estudio genético. En conclusión, reportamos el caso de una paciente diagnosticada de SG, que en un año desarrolló más de 30 lesiones histológicamente diagnosticadas de poromas, hidradenomas y sebaceomas.

### P80. MELANOMA DÉRMICO PRIMARIO Y SUS CONSIDERACIONES CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS

B. Ruffin Vicente<sup>a</sup>, C. Manzanos Yustas<sup>a</sup>, M. Recio Monescillo<sup>a</sup>, L. Haya Martínez<sup>a</sup>, D.E. Cieza Díaz<sup>a</sup>, D. Santiago Sánchez-Mateos<sup>a</sup>, R. García Castro<sup>a</sup>, L. Requena Caballero<sup>a</sup> y C. Santonja Garriga<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

Presentamos el caso de un varón de 62 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó en otro centro por una mancha gris en mejilla de 6 meses de evolución que había aumentado de tamaño progresivamente. Acude a nuestro centro tras la extirpación para segunda opinión. A la exploración física el paciente presentaba la cicatriz de extirpación de 1 cm y no se palpaban nódulos subcutáneos. En la revisión de las muestras histológicas de la pieza extirpada destacó una proliferación de células melánicas atípicas parcialmente pigmentadas, ocupando la dermis superficial sin co-

nexión con la epidermis, que alcanzaba la dermis reticular, con lo que se llegó al diagnóstico de melanoma de morfología spitzoide en fase de crecimiento vertical, con un espesor de 1,1 mm de Breslow. Se realizaron además estudios complementarios de inmunohistoquímica y de secuenciación genética que apoyaron el diagnóstico. Con el diagnóstico inicial de melanoma primario dérmico se procedió a realizar exploración física exhaustiva de toda la piel, valoración por Oftalmología y Otorrinolaringología, con el objetivo de descartar origen metastásico por un melanoma primario de piel o mucosas. Asimismo se procedió a la estadificación mediante PET-TAC y ganglio centinela. El melanoma dérmico primario recoge el término de un subtipo de melanoma que se encuentra confinado a la dermis o tejido celular subcutáneo, por lo que simula una metástasis en la histología. Se trata de una lesión que conlleva una supervivencia mayor, que se asemeja a la de otros melanomas primarios. Sin embargo, existe controversia sobre su origen y denominación, por la posibilidad de que pueda tratarse de metástasis cutánea a distancia de un melanoma primario que haya regresado, o de un melanoma primario cuyo componente juntural haya regresado. Es por ello que su diagnóstico debe incluir una correcta correlación clinicopatológica, así como un completo estudio de extensión.

### P81. TÉCNICA ROLL - BIOPSIA ESCISIONAL CON CIRUGÍA RADIOGUIADA DE LESIÓN HIPERMETABÓLICA EVIDENCIADA CON TC/PET EN PACIENTE CON CECAR

Ernesto Lavernia-Salles Granell<sup>a</sup>, M. de Bonilla Candau<sup>b</sup>, V. García Sánchez<sup>c</sup> y C. Ferrándiz Pulido<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Medicina Nuclear y <sup>c</sup>Cirugía Plástica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.*

**Introducción y objetivo.** La técnica ROLL (Radioguided Occult Lesion Localization) es una técnica de cirugía radioguiada cuyo objetivo es optimizar una cirugía mínimamente invasiva. Presentamos la utilidad de la técnica ROLL en un paciente receptor de un trasplante renal con múltiples carcinomas escamosos cutáneos de alto riesgo (CECAR) y sometido a varias cirugías de ganglio centinela y linfadenectomías previamente, con una adenopatía metabólicamente sospechosa de malignidad pero con pruebas diagnósticas convencionales no concluyentes.

**Caso clínico.** Un varón de 56 años, receptor de un trasplante renal desde 1986, con antecedente de múltiples CECAR y la realización en el pasado de biopsias selectivas de ganglio centinela y linfadenectomías que resultaron negativas a pesar de presentar adenopatías radiológicamente patológicas. Tras exéresis de carcinoma escamoso acantolítico en primer dedo de mano izquierda presenta en pruebas de imagen para estudio de extensión adenopatía axilar izquierda sospechosa de malignidad (ecografía compatible e hipermetabólica en PET-TC), que tras punción con aguja fina y biopsia con aguja gruesa no se obtiene diagnóstico concluyente por lo que se decide biopsia escisional. Dada la dificultad de localizar la lesión e importancia de extirpar adenopatía sospechosa se procedió a utilizar técnica ROLL, mediante inyección de macroagregados de albúmina Tc99m guiado por ecografía. Durante la cirugía se utilizó sonda de rayos gamma intraoperatoria EUROPROBE 3.

**Resultados.** En nuestro paciente se consiguió la identificación y exéresis de adenopatía sospechosa, siendo el resultado anatomopatológico concluyente de adenopatía metastásica de carcinoma escamoso poco diferenciado.

**Conclusiones.** La técnica ROLL resultó de utilidad en la localización y biopsia escisional de adenopatía sospechosa con pruebas convencionales no concluyentes. Por lo tanto se trata de una nueva herramienta para exéresis de lesiones sospechosas que presentan dificultad de localización, permitiendo un diagnóstico certero y pudiendo confirmar presencia de falsos positivos modificando el manejo terapéutico de nuestros pacientes, evitando cirugías más agresivas.

**P82. MELANOMA DE LA UNIDAD UNGUEAL: EXPERIENCIA DE MANEJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID**

G. Greta Dradi<sup>a</sup>, A. Muñiz de Lucas<sup>a</sup>, M. Ménéndez Sanchez<sup>a</sup>, D. de la Vega Ruiz<sup>a</sup>, J.S. Griffiths Acha<sup>a</sup>, S. de Benito Mendieta<sup>a</sup>, A. Méndez Valdés<sup>a</sup>, R. Miñano Medrano<sup>a</sup>, F. Pinedo Moraleda<sup>b</sup> y J.L. López Estebanaranz<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. España.

El melanoma subungueal es una variante muy poco frecuente de melanoma, representando entre el 0,7-3,5% de todos los melanomas según las series. Por este motivo tenemos pocos datos tanto epidemiológicos como pronósticos sobre estos tumores y faltan guías de manejo terapéutico para estos pacientes. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en una muestra de pacientes con melanoma de aparato ungueal tratados en los últimos 20 años en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se trataron un total de 10 pacientes, todos de subtipo lentiginoso acral con un caso de variante neurotrópica. La clínica al diagnóstico fue variable, siendo la forma de presentación más frecuente la distrofia ungueal. La localización más frecuente fue la mano y el dedo más frecuentemente afecto fue el primero. La media de edad al diagnóstico fue de 68 años, con una prevalencia de sexo femenino y un tiempo medio reportado de clínica de 5,5 años. El Breslow medio fue de 3,65 mm y 2 de ellos fueron in situ. En 2 casos fueron necesarias 3 biopsias antes de llegar a un diagnóstico. La prevalencia de metástasis ganglionares al diagnóstico fue del 10% con una positividad de ganglio centinela del 17%. Solo en un paciente se evidenció enfermedad metastásica a distancia y otro paciente presentó una recurrencia en forma de metástasis en tránsito a los 4 años de seguimiento. El estudio de mutaciones (BRAF) se realizó en un paciente y fue negativo. La mediana de seguimiento fue de 5,4 años con una tasa de mortalidad del 10%. En cuanto a la técnica quirúrgica empleada, la desarticulación con amputación del dedo afecto fue el método de elección en el 80% de los casos y en segundo lugar la extirpación de la unidad ungueal. Nuestra serie reafirma que el melanoma subungueal es una patología con un importante retraso diagnóstico, lo que empobrece su pronóstico. Por un lado, el paciente tarda en consultar por confundirlo con patología banal, y por otro, porque puede confundirse con otros procesos inflamatorios (granuloma piogénico, infección ungueal). Por lo tanto consideramos importante concienciar a pacientes, médicos especialistas y de atención primaria y podólogos sobre esta entidad para intentar reducir este retraso. Aún así, llama la atención la alta tasa de supervivencia de nuestra población comparada con otros estudios, que justificamos al tener 4 pacientes un seguimiento solo de 2 años.

**P83. HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS EN EL CARCINOMA BASOESCAMOSO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

L.M. Guzmán Pérez, J. Montero Menarguez, M.J. Puerta Peña y C. Gutiérrez Collar

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

Una mujer de 69 años es remitida a consulta de dermatología por una lesión en la pierna izquierda de 3 meses de evolución. Se trataba de una placa eritematosa de aproximadamente 1,3 cm de diámetro, de bordes brillantes y centro ulcerado, con costra serohemática. En cuanto a los hallazgos dermatoscópicos, se encontró un patrón vascular polimórfico con vasos en horquilla, glomerulares y lineales-irregulares dispuestos en gran parte de la lesión, pero los vasos arboriformes eran llamativos centrados en la zona central. También se observaron estructuras blancas (bultos y círculos) en la periferia. Con base en estos hallazgos, se decidió

extirpar y biopsiar la lesión bajo el diagnóstico de CE versus CBC. Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con carcinoma basoescamoso (CBE) ulcerado con márgenes no afectados. Como su nombre indica, el CBE es un tumor que tiene características histológicas tanto de CBC como de CE. Parte de la importancia de su diagnóstico precoz radica en que su comportamiento, en comparación con el CBC clásico, es más agresivo con mayor probabilidad de recidiva tras el tratamiento y de metástasis. Afortunadamente es un tumor raro. Se estima que esta variante constituye el 1% de todos los carcinomas queratinocíticos, cuya localización suele ser mayoritariamente cefálica, con pocos casos reportados en la literatura de localización en extremidades inferiores. Además de las características histológicas y clínicas superpuestas de ambos tipos de tumores, también se han descrito hallazgos dermatoscópicos simultáneos de CBC y CE. Giacomel y sus colaboradores describieron los hallazgos dermatoscópicos de este tumor en 22 casos, sin embargo, solo uno de ellos fue en las piernas y a pesar de que en todos los tumores se describió un patrón dermatoscópico característico tanto de CBC como de CE invasivo ninguno de los CBE fue correctamente diagnosticado preoperatoriamente. Esto indica que el infradiagnóstico clínico-dermatoscópico de estas lesiones probablemente esté relacionado con el desconocimiento que existe en la práctica clínica habitual de este tipo de tumor. Presentamos este raro caso de CBE en la pierna, que, por un lado, nos invita a tener en cuenta que las úlceras persistentes de la pierna pueden tener una neoplasia subyacente, y por otro, contribuye al aumento del conocimiento dentro de la comunidad médica sobre las características de este tumor.

**P84. MANEJO DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE ALTO RIESGO EN UN PACIENTE TRASPLANTADO. TRATAMIENTO EXITOSO EN LA ERA PREVIA A LA INMUNOTERAPIA**

J. Antoñanzas Pérez, A. Morelló Vicente, I. Oteiza Rius, E. Gómez González y P. Redondo Bellón

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

**Introducción y objetivo.** Los pacientes trasplantados de órgano sólido reciben tratamiento inmunosupresor de por vida para prevenir el rechazo del aloinjerto, lo que conlleva un mayor riesgo de desarrollar neoplasias. Entre estas, el carcinoma escamoso cutáneo, es el más frecuente y, en general, tiene una carga mutacional alta, riesgo de recurrencia y metástasis, y peor pronóstico.

**Métodos.** Presentamos el caso de un varón trasplantado renal en tratamiento con tacrolimus y micofenolato, que en el cuarto año de seguimiento presentó un carcinoma escamoso cutáneo infiltrante, poco diferenciado y de carácter microcordonal, en el cuero cabelludo.

**Resultados.** En los estudios de imagen se objetivó afectación de todo el espesor de la calota, ganglionar cervical bilateral y en ambas parótidas. Se optó por extirpación radical basada en tumorectomía, craneiectomía y linfadenectomía de las cadenas afectas, con reconstrucción mediante malla de titanio, colgajo de dorsal ancho e injerto cutáneo. En el postoperatorio se indicó quimio-radioterapia en adyuvancia, alcanzándose respuesta completa y permaneciendo el paciente libre de enfermedad hasta el momento actual.

**Discusión.** El manejo clásico del carcinoma escamoso de alto riesgo en pacientes trasplantados implica la minimización de la inmunosupresión, la terapia quirúrgica agresiva y la radioterapia adyuvante. Sin embargo, para tumores irreseccables o metastásicos, debido a su alta carga mutacional, es probable que estos pacientes pudieran beneficiarse del tratamiento con inmunoterapia. No obstante, debido al riesgo de rechazo del órgano trasplantado, no existe consenso sobre cuándo indicarla.

**Conclusiones.** En pacientes trasplantados con tumores cutáneos de alto riesgo debe intentarse, en primer lugar, actitud curativa basa-



da en cirugía y quimio-radioterapia, y en aquellos casos refractarios o inoperables, valorar cuidadosamente los riesgos y beneficios de la indicación de inmunoterapia.

### P85. OSTEOSARCOMA CUTÁNEO PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE SU MANEJO

D. Pesqué<sup>a</sup>, M. González-Farré<sup>b</sup>, E. López-Trujillo<sup>a</sup> y R.M. Pujol<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Patología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 90 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba nódulo solitario de aspecto crateriforme y superficie queratósica de 15 mm de diámetro de crecimiento rápidamente progresivo en la región frontal media. No se palpaban adenopatías locorreregionales. La histología mostró una lesión tumoral ulcerada, bien delimitada en dermis superficial/media dérmica constituida por una proliferación de células poligonales ocasionalmente fusiformes, rodeando extensas áreas eosinófilas de una matriz osteoide y calcificación en superficie. Las células tumorales mostraban abundantes figuras de mitosis y expresaban SATB2 y vimentina y un elevado índice de proliferación (Ki-67). No expresaban citoqueratinas (CK20, CK7, AE1-3, 34 beta E12 y CAM5.2) CEA, EMA, CDX2, p40, caldesmon, actina de músculo liso, actina muscular específica, desmina, p63, p40, S100, SOX10, GATA-3, ERG, CD34, CD31 ni CD68. El estudio de hibridación in-situ fluorescente (FISH) con la doble sonda MDM2 (12p15) /CEP12 no demostró amplificación. Se realizó una exéresis triangular con márgenes oncológicos de 5 mm y cierre mediante sutura Mercedes. El estudio de extensión (TAC cervical y toracoabdominal), no evidenció de afectación extracutánea. A su control a los 6 meses no presentaba signos clínicos de recidiva.

**Discusión.** El osteosarcoma cutáneo primario es un subtipo poco frecuente de osteosarcoma extraesquelético. El diagnóstico diferencial debe plantearse variantes poco frecuentes de melanoma o fibroxantoma atípico con metaplasia ósea, carcinoma metaplásico (carcinosarcoma), carcinoma basocelular sarcomatoide, y un osteosarcoma metastásico cutáneo. En el caso que presentamos, a pesar de su carácter superficial, los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos y la ausencia de un osteosarcoma óseo/extraesquelético subyacente permitieron establecer el diagnóstico. A nivel terapéutico, la cirugía sigue teniendo un papel clave, e incluso curativo, para este tipo de sarcoma, que tiene mejor pronóstico que otros tipos de tumores de su misma estirpe. El beneficio de otros abordajes como la cirugía de Mohs se ha descrito en un caso. En conclusión, este caso permitirá revisar las características clinicopatológicas del osteosarcoma cutáneo primario, discutiendo sus dificultades diagnósticas, su tratamiento y pronóstico.

### P86. SONIDEGIB COMO TERAPIA DEL CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

P. Burgos-Blasco<sup>a</sup>, Ó. Muñoz Moreno-Arrones<sup>a</sup>, S. Béa-Ardebol<sup>a</sup>, F. Mayo-Martínez<sup>b</sup>, G. Pérez-Pastor<sup>c</sup>, I. Torres-Navarro<sup>d</sup>, M. Bonfill-Ortiz<sup>e</sup>, L.G. Deza-Vargas<sup>f</sup>, V. Ruiz-Salas<sup>g</sup>, E. Masferrer<sup>h</sup>, L. Turrión-Merino<sup>i</sup>, A. Toll<sup>j</sup>, M. Yébenes<sup>k</sup>, S. Galiano-Mejías<sup>l</sup>, A. Jaka<sup>m</sup>, C. Ferrandiz-Pulido<sup>n</sup>, L. Rios-Buceta<sup>a</sup> y O. Sanmartín<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>b</sup>Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. <sup>c</sup>Consorti Hospital General Universitari de Valencia. <sup>d</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>e</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. <sup>f</sup>L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>g</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>i</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa. <sup>j</sup>Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. <sup>k</sup>Hospital Clínic de Barcelona.*

*<sup>l</sup>Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. <sup>m</sup>Hospital Infanta Leonor Hospital universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>o</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.*

**Objetivo.** Describir el perfil de eficacia y seguridad de sonidegib en práctica clínica real en el tratamiento de carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado.

**Métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo y multicéntrico, con reclutamiento en 15 centros de España desde enero de 2021 hasta abril de 2022. Se incluyeron pacientes con CBC localmente avanzado tratados con sonidegib durante al menos 3 meses. Se recogieron datos epidemiológicos de los pacientes y de eficacia y seguridad del tratamiento. La respuesta clínica se evaluó mediante la siguiente escala: respuesta completa (ausencia de tumor visible), respuesta parcial (disminución de > 50% del tamaño), enfermedad estable (reducción en < 50% o aumento del tamaño < 20%) o enfermedad progresiva (aumento del tamaño tumoral > 20%).

**Resultados.** Se incluyeron 82 pacientes (43 varones y 39 mujeres) con una edad media de 73,9 años (rango 33-100). Diez (12,2%) tenían un diagnóstico de síndrome de Gorlin, presentando este subgrupo una edad significativamente menor (46,1 años; p = 0,001). Se trataron 221 CBC, con un subtipo histológico predominante infiltrativo (65,8%), seguido de expansivo (28%) y basoescamoso (6%). Sonidegib se inició como tratamiento único en el 92,4% de los casos, mientras que se usó como neoadyuvante en el 6,1% y coadyuvante en el 2,4% de los pacientes. La posología inicial fue de 200 mg diarios, excepto en el 6,1% en los que se inició la misma dosis a días alternos. La duración media del tratamiento fue de 6,3 meses (rango 3-16). El 81,7% de los pacientes mostraron mejoría clínica (52,4% respuesta parcial y 29,3% respuesta), el 12,2% estabilidad clínica y el 6,1% progresión de la enfermedad. Se encontró una significativamente peor respuesta al fármaco en casos de tratamiento previo con vismodegib (respuesta 56,2%; p = 0,001) y en CBC primario recurrente (respuesta del 72,7%; p = 0,003). No se encontraron diferencias en respuesta clínica en cuanto a características del CBC ni según la posología utilizada (dosis cada 24 y 48 h). Los pacientes que tomaron sonidegib cada 48 h tuvieron menos efectos adversos (20%) en comparación con el grupo dosis diaria (68,3%; p = 0,01).

**Conclusiones.** Sonidegib es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento del CBC localmente avanzado. Únicamente el uso previo de vismodegib y el CBC recurrente se asociaron a una peor respuesta.

### P87. PLACAS VIOLÁCEAS DE RÁPIDO CRECIMIENTO

E. Vanrell Büse<sup>a</sup>, N. Izquierdo Herce<sup>a</sup>, A. Marcelo Quintero Duarte<sup>b</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, A. Llull Ramos<sup>a</sup> y C. Martorell Moreau<sup>a</sup>

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

**Introducción.** Las metástasis cutáneas del cáncer de mama pueden manifestarse de formas muy diversas. Dentro de las metástasis cutáneas inflamatorias existen tres tipos: erisipeloide, telangiectoide y, de reciente inclusión, hemorragiectoide.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedente de cáncer de mama ductal infiltrante triple negativo estadio IIIc diagnosticado hace 8 años. Había sido tratada con cirugía, quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Seis meses atrás había presentado una recidiva a nivel ganglionar cervical derecho por lo que fue tratada de nuevo con radioterapia. Acudió al servicio de Dermatología por la aparición de múltiples placas violáceas infiltradas, algunas de ellas erosionadas, edematosas y dolorosas a nivel cervicofacial derecho y de cuero cabelludo con rápida extensión en los últimos 3 meses. Nos planteamos un diagnóstico diferencial entre angiosarcoma y metástasis de carcinoma de mama. El estudio histopatológico mostró invasión linfática multifocal e infiltración dérmica por carcinoma pleomórfico, negativo para receptores hormonales,

HER2/neu y positivo para GATA3, confirmando el diagnóstico de carcinoma hemorragiectoide de origen mamario.

**Discusión.** El carcinoma hemorragiectoide es un subtipo de metástasis cutánea inflamatoria descrita por primera vez en 2012. Se caracteriza por la infiltración dérmica, no solo a nivel vascular o linfático, sino también difuso. Tras revisar la literatura solo hemos encontrado 5 casos publicados (3 secundarios a carcinoma de glándula salival y 2 en cáncer de mama). Es posible que anteriormente hayan sido englobadas en las otras formas de metástasis cutáneas inflamatorias (erisipeloide y telangiectoide).

### **P88. MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM CUTÁNEA, ¿PUEDE LA PIEL SER UN MARCADOR DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD SISTÉMICA?**

G. Marrero Alemán, H.J. Morales Moreno, N. Hernández Hernández y R. Fernández-de-Misa Cabrera

*Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción y objetivo.** La macroglobulinemia de Waldenström (MW) es un trastorno linfoproliferativo de tipo B caracterizado por la presencia de una proteína monoclonal IgM en sangre periférica asociada a infiltración de linfoplasmositos en médula ósea. La afectación cutánea es rara, siendo la infiltración neoplásica excepcional. Se desconoce la relación entre la clínica cutánea y la actividad de la enfermedad.

**Caso clínico.** Mujer de 60 años, con hermano afecto de MW, diagnosticada de MW en el año 2012 por presencia de monoclonalidad IgM en sangre periférica y biopsia de médula ósea con infiltrado de linfocitos plasmocitoides con restricción para cadenas ligeras kappa, CD20 positivas y CD5 negativas. Es valorada en Dermatología por presentar máculas eritematomarrónáceas en tronco de 2 años de evolución, asintomáticas, asociadas a cansancio generalizado y pérdida de peso. Se realizaron biopsias que mostraron un infiltrado linfoplasmocitario perivascular compatibles con MW, con reordenamiento positivo clonal para el gen IGH (FR1, FR2 y FR3), diagnosticándose de MW cutánea. Analíticamente destacan anemia y elevación de las cifras de IgM, así como progresión de su enfermedad de base con adenopatías múltiples en la TC. Dados estos hallazgos, se decide iniciar tratamiento con bortezomib y dexametasona y posteriormente rituximab, con mejoría de la clínica sistémica, radiológica y atenuación franca de las lesiones cutáneas. Se tomaron nuevas biopsias de las máculas residuales que mostraron persistencia de la infiltración linfoplasmocitoides.

**Discusión.** La MW es una entidad poco común que puede presentar complicaciones asociadas a infiltración medular, tisular o alteraciones inmunológicas. La afectación cutánea se da en torno al 5% de los casos, la mayoría no neoplásicas asociadas a paraproteinemia. Las neoplásicas son infrecuentes, y muestran una clínica de placas eritematosas localizadas en cabeza y tronco. La presencia de clínica cutánea no empeora el pronóstico, y se desconoce su relación con el avance de la enfermedad. En nuestro caso, la clínica de cansancio y pérdida de peso, aumento de adenopatías y la infiltración cutánea, así como la anemia, fueron criterios para iniciar el tratamiento.

**Conclusiones.** La clínica cutánea en la MW cutánea podría correlacionarse con un empeoramiento de la afectación sistémica que justifique la implantación de tratamiento.

### **P89. REMISIÓN COMPLETA CON SONIDEGIB DE CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO EN PABELLÓN AURICULAR**

M. González Cañete<sup>a</sup>, E.L. Pinto Pulido<sup>a</sup>, E.J. García Verdú<sup>a</sup>, I. Medina Expósito<sup>b</sup>, M.D. Vélez Velázquez<sup>b</sup>, L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup> y S. Medina Montalvo<sup>a</sup>

*Departamentos de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Introducción.** El carcinoma basocelular normalmente se presenta como una tumoración de crecimiento lento y localizada, sin embargo, en ocasiones puede progresar de manera local invadiendo estructuras vecinas (CBC localmente avanzado, CBCla). El CBCla supone entre el 0,6 y 0,8% del total de estos tumores.

**Caso clínico.** Varón de 69 años, sin AP de interés, que consulta por lesión en cara posterior de pabellón auricular derecho que produce sangrado ocasional de crecimiento paulatino en el último año. A la exploración se observa una tumoración ulcerada y costrosa de 3 x 1,6 cm de borde perlado con costra en su superficie ocupando casi la totalidad de la cara posterior del pabellón auricular derecho. Se realiza biopsia-punch con resultado de CBC de patrón infiltrante ocupando el cartilago. Además, se solicita TAC craneal y ecografía cervical, parotídea y mastoidea derecha sin encontrarse alteraciones de interés. Tras valoración por comité multidisciplinar de tumores se descarta la opción quirúrgica por ser un CBCla que requeriría de cirugía mutilante con exéresis de casi todo el pabellón auricular, perdiendo su funcionalidad. Se decide iniciar sonidegib 200 mg un comprimido al día, observándose una reducción paulatina de la lesión hasta su resolución completa a los 5 meses (muestreo con biopsia en la que se observa piel con fibrosis cicatricial e inflamación crónica en dermis sin evidencia del componente tumoral). El paciente no ha presentado ningún efecto adverso, salvo un ligero aumento de la CK transitorio.

**Discusión.** El tratamiento de los CBCla es difícil ya que las modalidades de tratamiento habituales como la cirugía o la radioterapia están contraindicadas y/o resultan insuficientes. Los inhibidores de la vía Hedgehog (vismodegib y sonidegib) ofrecen una alternativa terapéutica segura en estos casos. Sonidegib fue aprobado por la AEMPS en 2019. Su eficacia y seguridad se ha evaluado en un estudio fase I y en un ensayo pivotal fase II (BOLT), donde el 61% de los participantes presentaron una respuesta objetiva al tratamiento con un tiempo medio hasta la respuesta de 4 meses. El 98% de los pacientes presentó algún evento adverso, aunque estos fueron, en su mayoría, leves.

**Conclusiones.** Sonidegib supone una alternativa eficaz y segura en los pacientes con CBCla, habiendo evitado, en nuestro paciente, la amputación del pabellón auricular.

### **P90. SERIE DE CASOS DE LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS DE CÉLULAS B EN NUESTRO CENTRO**

M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, A. de Andrés del Rosario, J. Algarra Sahuquillo, J. Mercader Salvans, M. Quetglas Valenzuela, M.M. Pestana Eliche y M.C. García Bustinduy

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. España.*

**Introducción y objetivo.** Los linfomas cutáneos primarios de células B son un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides con un curso clínico habitualmente indolente que tienden a localizarse en la piel y raramente presentan una diseminación extracutánea. Nuestro objetivo es describir las características sociodemográficas, clínicas, tratamientos realizados y la respuesta clínica de todos los casos de linfomas cutáneos primarios de células B diagnosticados y tratados en nuestro hospital.

**Métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo todos los casos de linfomas cutáneos primarios de células B diagnosticados y tratados en nuestro hospital desde el año 2012 hasta el año 2022.

**Resultados.** Se han recogido y descrito un total de 53 pacientes diagnosticados de linfoma cutáneo primario de células B y se des-

criben sus características sociodemográficas, clínicas, los múltiples tratamientos realizados y la respuesta clínica a cada uno de ellos.

**Discusión.** Los linfomas cutáneos primarios de células B presentan un mejor pronóstico que los de células T. Hacer un correcto diagnóstico de esta patología requiere una correlación adecuada de la información clínica, de los datos de biología molecular y de los hallazgos histopatológicos e inmunofenotípicos. El tratamiento inicial suele ser mediante exéresis quirúrgica, y en caso de no ser posible, mediante radioterapia localizada. También presentamos casos que han requerido tratamiento poliquimioterápico.

### P91. CARCINOMA EPIDERMÓIDE INFILTRANTE CON PATRÓN SARCOMATOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Díaz Ceca<sup>a</sup>, A. Sanz Zorrilla<sup>b</sup>, C. Guijarro Sánchez<sup>a</sup>, I. Rivera Ruiz<sup>a</sup>, M. Juan Cencerrado<sup>a</sup> y D. Moreno Mesa<sup>a</sup>,

<sup>a</sup>UGC Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un varón de 72 años, hipertenso, que consultaba por una gran placa ulcerada, con alguna zona sobreelevada y gran componente exudativo, de 18 × 12 cm de diámetro en la zona lateral del miembro inferior izquierdo, de crecimiento rápidamente progresivo desde hace 3 meses. El paciente no presentaba ninguna otra clínica sistémica acompañante, y no refería ningún antecedente de quemadura o traumatismo previo. En ese momento se realizó un diagnóstico diferencial amplio que incluía entidades como pioderma gangrenoso, carcinoma epidermoide o úlcera hipertensiva. Se realizó biopsia punch de la lesión, y la histología mostró un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado e infiltrante. Del mismo modo, se llevó a cabo cultivo de exudado de la lesión, el cual resultó negativo. Tras este resultado, se decidió realizar una resonancia magnética nuclear de la zona para evaluar la extensión del tumor; en dicha prueba de imagen se pudo observar un compromiso de la grasa subcutánea y de la fascia muscular debido al tumor. Con todos estos estudios, se decidió realizar un manejo conjunto del paciente con el Servicio de Cirugía Plástica de nuestro centro. Se realizó extirpación radical de la lesión incluyendo ambos músculos peroneos, y se optó por la colocación de un sistema de cierre asistido por vacío (VAC). El estudio histológico de la pieza evidenció un extenso carcinoma epidermoide pobremente diferenciado con patrón sarcomatoide que afectaba a todos los bordes evaluados. Se decidió plantear amputación del miembro, pero el paciente rechazó la opción, por lo que se inició tratamiento radioterápico de zona.

**Discusión.** El carcinoma epidermoide de patrón sarcomatoide es una variante de neoplasia cutánea de alto riesgo poco frecuente. Las imágenes clínicas presentadas reflejan una presentación atípica de lesión ulcerada de gran tamaño, con una rápida evolución, que planteó un reto diagnóstico y terapéutico. El gran tamaño de algunas neoplasias cutáneas recientemente diagnosticadas en nuestra unidad hace reflexionar sobre el impacto de la pandemia y de la demora diagnóstica en el pronóstico de la enfermedad oncológica.

### P92. LINFOMA EN LA PIERNA... NO TIPO PIERNA

J. Mercader Salvans<sup>a</sup>, M.M. Pestana Eliche<sup>a</sup>, J. Algarra Sahuquillo<sup>a</sup>, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques<sup>a</sup>, M. Quetglas Valenzuela<sup>a</sup>, A. de Andrés del Rosario<sup>a</sup> y C.N. Hernandez León<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. España.

**Introducción.** El linfoma primario cutáneo epidermotropo T citotóxico agresivo (LECTCA) es un linfoma infrecuente que se caracteriza por la proliferación de células T citotóxicas CD8+, un comportamiento agresivo y un mal pronóstico.

**Caso clínico.** Varón de 79 años, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión en rodilla izquierda de 4 meses de evolución, ligeramente dolorosa. El paciente no asociaba síndrome constitucional. A la exploración física se observó una gran masa tumoral subcutánea infiltrada, con eritema parcheado violáceo en la superficie, que afectaba a toda la zona externa de la rodilla. Ante la sospecha de un linfoma B cutáneo tipo pierna se realizó una biopsia incisional para realizar estudio histológico además de cultivos para bacterias, micobacterias y hongos. La histología mostró una proliferación neoplásica de patrón difuso con marcado epidermotropismo con positividad para marcadores citotóxicos TIA1, perforina, TCR-B y CD2 y negatividad para CD8. Los hallazgos clínicos e histológicos nos permitieron llegar al diagnóstico de un LECTCA. Los estudios de extensión no mostraron invasión de la médula ósea por las células neoplásicas ni afectación visceral, por lo que se inició tratamiento con esquema de poliquimioterapia tipo mini-CHOP.

**Discusión.** El LECTCA constituye menos del 1% de todos los linfomas T cutáneos y se presenta clínicamente como nódulos tumorales eruptivos de centro ulceronecrotico. Su progresión es rápida y la afectación visceral frecuente en el momento del diagnóstico. La histología es muy variable y la inmunohistoquímica puede mostrar positividad para beta-F1, CD3, CD8, granzima B, perforina y TIA 1 entre otras. El diagnóstico se basa en la combinación de los hallazgos clínicos, histológicos y el inmunofenotipo, destacando la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como el linfoma T cutáneo primario acral CD8+, la papulosis linfomatoide o el linfoma T subcutáneo tipo paniculitis. El tratamiento suele basarse en esquemas de poliquimioterapia, utilizando fármacos indicados para los linfomas de células T periféricos. A pesar de que la respuesta es variable, la media de supervivencia se estima en dos años.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de un LECTCA en la pierna CD8 negativo, destacando la necesidad de realizar una buena correlación clinicopatológica para diagnosticar estas entidades recientemente descritas.

### P93. INHIBIDORES DE LA VÍA HEDGEHOG EN SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD

M. Viedma Martínez, I. Villegas Romero, F.J. Millán Cayetano, D. Jiménez Gallo, I. Navarro Navarro y M. Linares Barrios

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Introducción.** El síndrome de Gorlin-Goltz (SGG) es un trastorno hereditario autosómico dominante causado por mutaciones en genes de la vía de señalización Sonic Hedgehog, entre los que destaca PTCH1 localizado en el cromosoma 9. Se caracteriza por el desarrollo en edades tempranas de múltiples carcinomas basocelulares (CBC), así como pits palmoplantares, queratoquistes odontogénicos y meduloblastomas. El tratamiento mediante inhibidores de la vía Hedgehog, tales como vismodegib y sonideginb, han demostrado ser eficaces y seguros en el tratamiento y prevención del desarrollo de CBC en estos pacientes. Describimos nuestra experiencia desde 2019 a 2022.

**Material y métodos.** Estudio unicéntrico observacional descriptivo retrospectivo en el que incluimos a todos los pacientes de nuestra unidad diagnosticados clínicamente y genéticamente de SGG en tratamiento con inhibidores de la vía Hedgehog.

**Resultados.** Nuestra serie la conformaron 4 pacientes, 75% varones, con una mediana de edad de 52,5 años (rango intercuartílico de 27 años). Todos ellos presentaron un número igual o superior a 20 CBC tratados a lo largo de su historia dermatológica, algunos de ellos inabarcables y otros en áreas estéticamente comprometidas. Dos de ellos realizaron tratamiento con vismodegib 150 mg/día, presentando los 2 respuesta completa clínica de lesiones en un tiempo de tratamiento de 420 y 368 días respectivamente.

Ambos, tras realizar descanso del tratamiento presentaron nuevas lesiones, reintroduciéndose entonces el fármaco y consiguiendo de nuevo remisión completa. Los efectos adversos observados fueron náuseas grado 1 y alopecia grado 2 de la CTCAE. Los otros 2 casos fueron tratados con sonidebig 200 mg/48 h en ayunas, presentando ambos respuesta parcial tras 329 y 200 días de tratamiento. Ninguno de ellos evidenció efectos adversos, salvo alopecia grado 1. El seguimiento clínico se realizó con el mismo proceder en todos ellos, con estudio analítico a los 0, 1 y cada 3 meses que incluía iones y creatinina.

**Discusión y conclusiones.** Aportamos nuestra experiencia en el uso de inhibidores de la vía Hedgehog en SGG con resultados muy prometedores. Resaltamos nuestro protocolo de seguimiento y manejo de estos fármacos, destacando la posibilidad de períodos de descanso o la posología a días alternos, que aumentan tolerabilidad, cumplimiento y eficiencia sin disminuir eficacia.

#### P94. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS

M. López-Pardo Rico<sup>a</sup>, J.M. Suárez Peñaranda<sup>b</sup>,  
H.A. Vázquez Veiga<sup>a</sup> y M.D. Sánchez-Aguilar Rojas<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.*

**Introducción y objetivo.** El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia cutánea de origen neuroectodérmico. Su incidencia es baja, pero su comportamiento es agresivo, presentando un elevado riesgo de recidiva y mortalidad asociada.

**Material y métodos.** Desde el servicio de Dermatología y Anatomía Patológica, se ha realizado un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes diagnosticados de carcinoma de células de Merkel en nuestra área sanitaria durante los últimos 15 años. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, localización, tamaño tumoral, tipo de tratamiento, estadificación, recidiva, supervivencia libre de enfermedad, supervivencia global y estudio inmunohistoquímico de PD-L1.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 55 pacientes, 58% mujeres y 42% varones, con una edad media de 81,6 años. La localización más frecuente fue cabeza y cuello, siendo el tamaño tumoral medio de 2,45 cm. Diecinueve pacientes presentaron recidiva tumoral, principalmente durante los primeros 12 meses tras la extirpación quirúrgica del tumor primario.

**Discusión y conclusiones.** El manejo del carcinoma de células de Merkel supone un reto para el dermatólogo dado que el diagnóstico no es sencillo y se comporta de manera agresiva. Las guías clínicas están en constante actualización, pues la evidencia científica es todavía insuficiente. Con nuestro estudio pretendemos aportar datos que podrían servir de ayuda para la toma de decisiones, basándose no solo en las características clínicas, sino también en hallazgos histológicos.

#### P95. UN LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS GRANDES B INFRECUENTE, CON UN COMPORTAMIENTO EXCEPCIONAL

V. Dios Guillán<sup>a</sup>, C. Fernández Romero<sup>a</sup>, L. Villa Cobreros<sup>a</sup>,  
O.G. Pereira-Resquín<sup>a</sup>, A.I. Jiménez Sánchez<sup>b</sup>  
y E. Quecedo Estebáñez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

**Caso clínico.** Varón de 81 años, con antecedentes de infarto agudo de miocardio e insuficiencia renal, que había consultado en otro centro por pápulas y placas eritematosas e induradas en la espalda de un año de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La

biopsia mostró hallazgos compatibles con linfoma cutáneo primario de células grandes B rico en células T/histiocitos, realizándose exéresis de las mismas, sin referir seguimiento posterior. Cinco meses después consultó en nuestro servicio por pápulas y placas eritematosas infiltradas, en región lumbar y nalga derecha. La biopsia mostró un infiltrado linfoide en dermis superficial y media, sin epidermotropismo, con linfocitos T pequeños CD3+/CD5+/CD7+, de predominio CD8, y un componente de células B de tamaño grande y morfología centroblástica, con fenotipo CD20+, CD10-/bcl6+/MUM1+, confirmándose recaída de su linfoma. El estudio de extensión (PET/TC y médula ósea) fue negativo, por lo que se realizó tratamiento con radioterapia, con resolución completa de las lesiones. Dos meses después, el paciente acudió por rápida aparición de un conglomerado adenopático en ingle derecha y un nódulo subcutáneo en cresta iliaca derecha, confirmándose la naturaleza linfomatosa de ambas mediante estudio con PAAF y biopsia cutánea. Una nueva PET-TC descartó afectación sistémica. En el intervalo de realización del nuevo estudio de extensión, las lesiones fueron remitiendo de forma espontánea, permaneciendo libre de lesiones 18 meses después, perdiéndose seguimiento posteriormente por cambio de domicilio del paciente.

**Discusión.** El linfoma cutáneo primario de células grandes B rico en células T/histiocitos es una entidad poco frecuente entre los linfomas no hodgkinianos, representando un 1-2% del total. Puede tener presentación nodal, con comportamiento agresivo y diagnóstico habitualmente en estadio IV; o extranodal, presentándose frecuentemente en estadio I con lesiones confinadas. Hay muy pocos casos de afectación exclusivamente cutánea, soliendo cursar con buen pronóstico, siendo anecdóticos aquellos con regresión espontánea, como el caso que aquí presentamos.

#### P96. CARCINOMA EPIDERMÓIDE SOBRE CICATRIZ ABDOMINAL DE COLECTOMÍA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

C. Horcajada Reales<sup>a</sup>, B. Echeverría García<sup>a</sup>, J. Ruiz Rivero<sup>a</sup>,  
D. Arias Palomo<sup>a</sup>, H. Álvarez Garrido<sup>a</sup>, V. García Gutiérrez<sup>b</sup>,  
R. Khedaoui<sup>c</sup> y J. Borbujo Martínez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Cirugía General y Digestivo y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.*

**Introducción.** La malignización de lesiones cutáneas crónicas es un fenómeno descrito que requiere ser conocido y tener un alto nivel de sospecha para su diagnóstico precoz.

**Caso clínico.** Mujer de 71 años, diabética, hipertensa y dislipidémica y tratada por un síndrome de Cushing, que había sido intervenida de una colectomía por una obstrucción intestinal. Siete años después tras la retirada de la colostomía y reconstrucción del tránsito presenta una hernia y eventración abdominal de gran tamaño. Nos consulta porque desde hace 4 años presenta una herida recurrente sobre la cicatriz media abdominal que en los últimos meses ha aumentado de tamaño y sangra ocasionalmente. A la exploración presenta una úlcera de 5 cm, superficial, que presenta un tejido sangrante exuberante en dos tercios de la superficie, levemente infiltrado. Se realiza una primera biopsia en cuña que no muestra signos de malignidad, pero ante la sospecha clínica se realiza una nueva biopsia cuyo estudio inmunohistoquímico confirma la presencia de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. En el tac no se objetiva enfermedad metastásica. Se realiza la extirpación con márgenes de la lesión y una eventroplastia con malla intraperitoneal. A pesar de la buena evolución inicial, la tensión por la eventración ha conducido a la aparición de una dehiscencia crónica de herida, que ha requerido la reintervención en dos ocasiones para intentar el cierre (la paciente rechaza cirugías agresivas), descartando recidiva del carcinoma en las muestras histológicas

**Discusión.** La aparición de una neoplasia maligna sobre una piel crónicamente inflamada o traumatizada se conoce como úlcera de Marjolin. Se ha descrito sobre cicatrices de quemadura, úlceras venosas crónicas, lupus discoide, osteomielitis, fistulas... La neoplasia más frecuente es el carcinoma epidermoide, pero también se han descrito otras como melanomas o sarcomas. La aparición de un excesivo tejido de granulación en el fondo o los bordes es el principal hallazgo de sospecha, seguido por la irregularidad de los bordes, el olor de la herida, el exceso de dolor o el sangrado. La naturaleza focal de la malignización aumenta el riesgo de falsos negativos en la biopsia. Se requiere un alto nivel de sospecha para su diagnóstico y exéresis quirúrgica precoz, que es el tratamiento de elección.

### P97. MELANOMA DESMOPLÁSICO EN CABEZA CON METÁSTASIS GANGLIONARES Y A DISTANCIA. BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA A PEMBROLIZUMAB Y RADIOTERAPIA

J.M. Llamas Molina, F.M. Almazán Fernández, Á. Ayén Rodríguez, J.J. Vega Castillo, T. Ródenas Herranz y R. Ruiz Villaverde

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

**Caso clínico.** Varón de 70 años fue remitido por una lesión pigmentada en cuero cabelludo de 2 años de evolución y crecimiento acelerado en los últimos meses. No presentaba historia de cáncer cutáneo, aunque sí de fotoexposición solar crónica. Presentaba una placa de 1,8 × 1,5 cm en vértex, irregular y de coloración marrónácea con áreas más oscuras. En el examen dermatoscópico destacaba una estructura romboidal en zona posterior y pigmentación irregular en una salida folicular. Además, se apreció conglomerado adenopático cervical izquierdo. Con la sospecha clínica principal de lentigo maligno melanoma, se realizó cirugía de Mohs diferida. Los resultados informaron de melanoma maligno desmoplásico nivel V de Clark asociado a lentigo maligno melanoma. Fondos laterales y profundos afectos. Mutaciones negativas. Se decidió ampliación de márgenes de 2 cm e injerto de piel total, ECO-BAG y estudio de extensión, hallándose metástasis ganglionares cervicales, pulmonares y en protuberancia. Se inició por ello pembrolizumab y RT craneal, con muy buena respuesta, presentando hasta la fecha remisión completa de las todas las lesiones metastásicas sin signos de recaída local.

**Discusión.** El melanoma desmoplásico (MD) representa tan solo el 1-4% de todos los melanomas cutáneos primarios. Se caracteriza por células fusiformes S100+ separadas por fibras de colágeno con una reacción estromal fibrótica. Clínicamente, suele ser un tumor localmente muy agresivo, con tendencia a la recidiva local, siendo relativamente poco frecuentes las metástasis ganglionares y a distancia. El MD es el subtipo histológico que con más probabilidad surge sobre pieles muy fotodañadas, y, por ello, es el que acumula la mayor carga de mutaciones, si bien la positividad de BRAF y NRAS son menos frecuentes. Esta alta carga de mutaciones es la razón por la que el MD metastásico responde particularmente bien a la inmunoterapia. En este sentido, se está realizando un ensayo de fase II con pembrolizumab en pacientes con MD (NCT02775851) y, recientemente, un estudio retrospectivo multicéntrico obtuvo tasas de respuesta tumoral objetiva en 42/60 pacientes con MD tratados con la inhibición de PD-1. Con relación a la recidiva local, en un estudio de cohortes retrospectivo, la RT local adyuvante disminuyó las tasas de la misma comparadas con pacientes tratados únicamente con cirugía.

### P98. MELANOMA CUTÁNEO: RELACIÓN ENTRE SUBTIPO HISTOLÓGICO, PROFESIÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA

J.À. Baldó<sup>a</sup>, O. Stoicev<sup>b</sup>, C. Barceló Gómez<sup>c</sup>, C. Matas Nadal<sup>b</sup>, S. Gatiús<sup>d</sup>, X. Soria Gili<sup>b</sup>, E. Nagore Enguidanos<sup>e</sup> y R.M. Martí Laborda<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). Hospital Universitari Son Espases. Palma. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. España.*

**Introducción y objetivo.** En la literatura médica existen diversas investigaciones referentes al riesgo de melanoma en distintas profesiones, sin embargo, prácticamente ninguno estudia la asociación de los subtipos histológicos de melanoma con dichas ocupaciones. Además, escasos estudios han intentado relacionar las características del melanoma con el lugar de residencia. El objetivo del estudio fue estudiar las asociaciones entre el subtipo histológico de melanoma con la profesión y el lugar de residencia.

**Métodos.** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico de todos los melanomas diagnosticados entre el 1 enero de 2000 hasta el 31 diciembre de 2016 en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida y el Instituto Valenciano de Oncología. Las profesiones se clasificaron acorde con el Standard Occupational Classification (SOC). El lugar de residencia se clasificó de acuerdo a la clasificación otorgada por el Instituto Nacional de Estadística.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 2486 melanomas, con distribución casi idéntica entre sexos y mediana de edad de 57 años en la muestra procedente de ambos hospitales. En la regresión logística multivariada se observó que comparado con el grupo de melanoma de extensión superficial (MES), el lentigo maligno y el melanoma lentiginoso acral tenían más riesgo de aparecer en el sector primario y en el sector construcción/extracción. Además, el melanoma nodular (MN) tenía más riesgo de aparecer en el sector militares/servicios/producción, ventas/instalación/mantenimiento y reparación, en el sector primario y en el sector construcción/extracción comparado con el MES. Respecto al lugar de residencia, se observó que comparado con el MES, el MN tenía más riesgo de aparecer en poblaciones subrurales.

**Conclusiones.** Los hallazgos del estudio muestran que los diferentes subtipos de melanoma no se comportan de igual manera en los diferentes tipos de profesiones ni lugares de residencia, sugiriendo que podrían existir diferentes factores de riesgo que contribuyen a la aparición de los mismos. Se necesitan más estudios para investigar estas asociaciones.

### P99. SÍNDROME DE LEIOMIOMATOSIS HEREDITARIA Y CÁNCER RENAL: HALLAZGOS DERMATOSCÓPICOS DE LOS LEIOMIOMAS CUTÁNEOS

E. Carmona-Rocha, L. Rusiñol, L. Mateu y O. Yélamos

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 54 años con antecedente de histerectomía por leiomiomas uterinos, que consultó por aparición progresiva de pápulas eritematosas y dolorosas en escote. Su madre y su hermano tenían lesiones similares. A la dermatoscopia, se observó retículo pigmentado fino periférico rodeando estructuras blanquecinas homogéneas y telangiectasias periféricas. La biopsia de una de las lesiones demostró una proliferación de células fusiformes de estirpe muscular, con inmunohistoquímica positiva para alfa-actina, desmina y caldesmón, compatible con leiomioma cutáneo (LC). Se biopsió una segunda lesión, con idéntico resultado. El estudio genético reveló una mutación del gen fumarato hidratasa, confirmando el diagnóstico de leiomiomatosis hereditaria y cáncer renal. La TC abdominal descartó patología renal asociada. La paciente sigue controles ginecológicos y urológicos, hasta ahora dentro de la normalidad.

**Discusión.** El síndrome de leiomiomatosis hereditaria y cáncer renal (HLRCC, OMIM #150800), o síndrome de Reed, es una genoder-

matosis rara autosómica dominante, producida por mutaciones en el gen de la fumarato hidratasa (cromosoma 1q43). Se caracteriza por LC de origen pilar, leiomiomas uterinos y carcinoma renal papilar en el 15% de los casos. Los LC aparecen hacia los 20 años en forma de pápulas o nódulos eritematomarrónceos, firmes y dolorosos, de predominio en tronco y extremidades, y aumentan en número con la edad. La dermatoscopia de los LC es todavía poco conocida. El patrón más frecuentemente reportado es similar al del dermatofibroma: retículo pigmentado fino marrón-rosado en periferia y centro hipopigmentado, sin estructuras o con áreas blanquecinas homogéneas "tipo nube". Otros hallazgos descritos incluyen glóbulos amarillo-blanquecinos, criptas lineales irregulares, patrón cerebriforme, estructuras ovales hiperpigmentadas y más raramente telangiectasias o vasos puntiformes.

**Conclusiones.** - La dermatoscopia de los LC es inespecífica, pero junto a los antecedentes familiares y personales, permite la sospecha clínica de HLRCC. - El diagnóstico diferencial dermatoscópico incluye dermatofibroma, queratosis seborreica, lentigo solar, neurofibroma y pezón supernumerario. - El diagnóstico precoz de HLRCC permite establecer un seguimiento adecuado antes de la aparición de clínica sistémica, a destacar el cáncer renal.

#### P100. CARCINOSARCOMA CUTÁNEO PRIMARIO CON METÁSTASIS GANGLIONARES: CASO CLÍNICO

A.M. Anton Márquez<sup>a</sup>, A. Pérez Bustillo<sup>a</sup>, T.L. Vega López<sup>a</sup>, I. González Jiménez<sup>a</sup>, M.J. García Gamero<sup>a</sup>, V. Volo Bautista<sup>a</sup>, L. Barrutia Echevarria<sup>a</sup>, A.M. Carballido Vázquez<sup>a</sup>, G. García Martínez<sup>b</sup> y P. Manchado López<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.*

**Introducción.** El carcinosarcoma (CS) es un tumor bifásico infrecuente compuesto por células malignas epiteliales y mesenquimales. Su diagnóstico es histológico y el pronóstico depende fundamentalmente de su diferenciación.

**Caso clínico.** Mujer de 90 años con antecedentes personales de trasplante hepático hace más de 20 años y múltiples carcinomas basocelulares extirpados. En el seguimiento dermatológico de la paciente se objetiva en la zona pretibial de pierna izquierda nódulo eritematoso e hiperqueratósico de 1 cm de diámetro y de rápido crecimiento. Se realizó biopsia escisional cuya histología evidenció un CS con probable origen en un carcinoma basocelular. Se realizó estudio de extensión mediante tomografía computarizada, descartándose origen visceral, pero se encontró una adenopatía inguinal izquierda sospechosa de malignidad confirmada posteriormente como metástasis de carcinosarcoma. La paciente al plantearle las opciones terapéuticas decidió no ser tratada dado su estado basal, optándose por una actitud conservadora.

**Discusión y conclusiones.** Presentamos el caso de un CS cutáneo primario, tumor infrecuente y clínicamente indistinguible del carcinoma basocelular, epidermoide o melanoma amelanótico. En cuanto a su origen hay distintas teorías, en los últimos estudios se sugiere que el componente sarcomatoso proviene de la transformación metaplásica del elemento carcinomatoso. Histológicamente su morfología bifásica junto a marcadores positivos tanto epiteliales como mesenquimales son confirmatorios y el pronóstico va ligado al componente epitelial que se diferencia en origen epidérmico o aneal. En la literatura los CS aneales presentan mayores tasas de metástasis y menor supervivencia en comparación con la estirpe epidérmica. Sin embargo, nuestro caso mostró una diferenciación basaloide contando al diagnóstico con afectación ganglionar. Otros factores de mal pronóstico descritos son la edad menor de 65 años, tamaños de más de 2 cm o más de 3 años de evolución. Dada la baja frecuencia de este tumor como primario cutáneo, los estudios de imagen son fundamentales para descartar que sea metástasis de un CS visceral. Consideramos importante conocer las características

clínicas e histológicas del CS cutáneo ya que el pronóstico es específico según su diferenciación, y además tener en cuenta la necesidad de un estudio exhaustivo y posterior tratamiento.

#### P101. CARCINOMA EPIDERMOIDE PERIANAL EN UNA MUJER JOVEN CON MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO

B. Echeverría-García<sup>a</sup>, C. Horcajada-Reales<sup>a</sup>, A. Romero-Mate<sup>a</sup>, A. Moreno-Torres<sup>b</sup>, J. Ruíz-Rivero<sup>a</sup>, H. Álvarez-Garrido<sup>a</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.*

**Introducción.** La inflamación cutánea crónica y la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) son factores de riesgo para el desarrollo del carcinoma epidermoide (CE). Este riesgo se incrementa aún más si el paciente es inmunodeprimido.

**Caso clínico.** Mujer de 38 años con antecedentes personales de LES, en tratamiento con azatioprina e hidroxicloroquina, accidente cerebrovascular, en tratamiento con acenocumarol, y conización por una lesión intraepitelial cervical de alto grado VPH+. Consulta en 2017 por lesiones discoideas en cara lateral y posterior de muslos. La biopsia en cuña muestra una hiperplasia epidérmica verrucosa con abundantes melanófagos. Se pauta tratamiento con corticoides tópicos e intralesionales sin mejoría. Se añade mepacrina 100 mg diarios, consiguiendo mejoría de todas las lesiones, salvo una hiperqueratósica y dolorosa en la cara interna de la nalga derecha. Una nueva biopsia confirma el diagnóstico de CE intraepitelial. La extirpación en bloque muestra un CE basaloide con cambios atribuibles a infección por VPH. En el contexto de la localización en zona de presión, el gran tamaño de la herida quirúrgica y la movilidad dificultosa de la paciente por secuelas del accidente cerebrovascular, parte de la herida quirúrgica sufrió una dehiscencia y requirió curas periódicas hasta su epitelización completa. Dado que un componente intraepitelial estaba en contacto con el margen quirúrgico, se completó el tratamiento con terapia fotodinámica. Las serologías fueron negativas. La paciente continúa en tratamiento inmunosupresor con buen control de las lesiones discoideas y en seguimiento del CE sin signos de recidiva.

**Discusión.** El CE es el segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia. Puede aparecer sobre lesiones precursoras, y raramente sobre procesos inflamatorios crónicos, entre los que se incluyen las lesiones del lupus crónico discoide. La transformación neoplásica tiene una incidencia del 3,3% y aparece con un retraso de 26-41 años (promedio 30,8 años) entre el inicio del lupus crónico discoide y la aparición del CE. La inmunosupresión y la presencia de VPH supusieron en esta paciente factores de riesgo adicionales para el desarrollo de un CE.

**Conclusiones.** En los pacientes con factores de riesgo conocidos para el desarrollo de un CE el seguimiento es fundamental para detectar precozmente posibles cambios que sugieran una transformación maligna.

#### P102. MELANOMA CONJUNTIVAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R.D. Palacios Díaz<sup>a</sup>, C. Abril Pérez<sup>a</sup>, M. Pozuelo Ruiz<sup>a</sup>, M. Pérez López<sup>b</sup>, J.A. Aviño Martínez<sup>b</sup>, E. España Gregori<sup>b</sup>, B. de Unamuno Bustos<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Oftalmología. Hospital Universitari i Politènic La Fe. <sup>c</sup>Departamento de Medicina. Universitat de València. Valencia. España.*

El melanoma conjuntival es una neoplasia maligna rara que representa el 2-5% de melanomas oculares. De modo similar al melanoma cutáneo, se ha reportado un incremento en su incidencia en los últi-

mos años, con una frecuencia actual de 0,3 a 0,8 casos/millón de individuos. Asimismo, aunque es considerado un subtipo de melanoma de mucosas, guarda similitudes moleculares y fisiopatológicas con el melanoma cutáneo. El objetivo de este estudio es describir las características clinicopatológicas de los pacientes con melanoma conjuntival. Estudio descriptivo de carácter retrospectivo de pacientes con diagnóstico de melanoma conjuntival en un hospital de tercer nivel. Se incluyen los pacientes con melanoma conjuntival primario o recurrente. Se realiza una revisión de la historia clínica de dichos pacientes y se recogen las características epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas. La alta tasa de recidiva local y el complejo manejo terapéutico indican la necesidad de un seguimiento estrecho multidisciplinar. Asimismo, dada su baja frecuencia, se requieren estudios multicéntricos para identificar factores pronósticos que permitan un tratamiento individualizado.

### P103. TUMORES CUTÁNEOS NO MELANOMA Y DERMATOLOGÍA VULVAR

L. Barchino Ortiz<sup>a</sup>, I. Molina López<sup>a</sup>, M. Bergón Sendín<sup>a</sup>, A. Pulido Pérez<sup>a</sup>, E. Arranz de la Flor<sup>a</sup>, M. Rogel Vence<sup>a</sup>, C. Lacasta Plasin<sup>a</sup>, P. García Piqueras<sup>a</sup>, V. Parra Blanco<sup>b</sup> y R. Suárez Fernández<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción.** Los tumores cutáneos no melanoma predominan en localizaciones fotoexpuestas, sobre todo cabeza y cuello, pero pueden aparecer en otras localizaciones como la región vulvar. A pesar de que el más frecuente es el carcinoma epidermoide, pueden aparecer otros tumores, siendo importantes la exploración completa y la sospecha clínica inicial para llegar a un diagnóstico y tratamiento precoces.

**Material y métodos.** Describimos los casos de las mujeres valoradas en nuestra consulta de dermatología ginecológica con lesiones vulvares compatibles con diferentes tumores cutáneos no melanoma y analizamos sus características.

**Discusión.** Los tumores cutáneos no melanoma pueden aparecer en la vulva. El carcinoma epidermoide es el más frecuente, suele surgir sobre lesiones premalignas (neoplasia intraepitelial vulvar tipo diferenciado) que a su vez, aparecen sobre dermatosis inflamatorias crónicas como el liquen escleroso. En estos casos, el papel fundamental del dermatólogo es el tratamiento y el seguimiento estrecho de estas dermatosis para intentar prevenir y diagnosticar precozmente estos tumores. Sin embargo, más raramente, pueden aparecer otros tumores como el carcinoma basocelular o la enfermedad de Paget extramamaria que deben ser tenidos en cuenta. Se cree que su diagnóstico puede estar infraestimado y que existe un mayor tiempo de demora diagnóstica con respecto a otras localizaciones y en ocasiones son considerados un reto diagnóstico. Una exploración clínica completa junto con la sospecha clínica inicial pueden ayudarnos a lograr un diagnóstico y tratamientos precoces de estos tumores.

### P104. ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DE CARCINOMAS EPIDERMÓIDES SEGÚN MÁRGENES DE EXTIRPACIÓN

C. Abril Pérez<sup>a</sup>, R.D. Palacios Díaz<sup>a</sup>, M. Pozuelo Ruiz<sup>a</sup>, M. Mansilla Polo<sup>a</sup>, B. Escutia Muñoz<sup>a</sup>, I. Torres Navarro<sup>a</sup>, B. de Unamuno Bustos<sup>a</sup>, E. García Gómez<sup>b</sup>, V. Martínez i Cózar<sup>b</sup>, M. Llavador Ros<sup>b</sup> y R. Botella Estrada<sup>a,c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. <sup>c</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

Uno de los objetivos primordiales en la cirugía oncológica dermatológica es la obtención de márgenes quirúrgicos libres de tumor en el informe histopatológico de la muestra extirpada. Existe poca experiencia publicada del resultado y evolución de pacientes con carcinomas epidermoides (CEC) extirpados con márgenes libres, en los que el tumor sin embargo queda a poca distancia de los mismos, lo cual podría condicionar un pronóstico diferente a los tumores extirpados con un margen histológico libre amplio. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio es evaluar la influencia en el pronóstico que supone la distancia de margen libre histológico tanto en bordes laterales como profundos, pudiendo incluso considerarse como un nuevo factor de alto riesgo, influyendo en el manejo de estos pacientes. Presentamos un estudio observacional retrospectivo en el que se revisa la historia clínica de pacientes tratados por carcinoma epidermoide obteniendo tres grupos en base al resultado de márgenes, a saber: márgenes libres a menos de 1 mm, márgenes afectos y márgenes libres. Utilizando el software de extracción de datos de informes anatomopatológicos, se realiza una búsqueda con los términos “epidermoide”, “escamoso”, “epinocelular” y derivados. Se describen y comparan los hallazgos demográficos y clínicos para cada grupo del paciente y del tumor, el tipo de intervención, datos histológicos y evolución del paciente en su seguimiento, obteniendo una N de pacientes en los tres grupos de 44, 57 y 204 pacientes, respectivamente. Kahn y sus colaboradores, en su serie de más de 600 CEC, encontraron un mayor riesgo de recurrencia (aunque no de manera estadísticamente significativa) en tumores en los que el margen libre en profundidad se encontraba entre 0 y 0,5 mm. Igualmente Seprehipour y colaboradores encontraron que en el 66% de una serie de 44 carcinomas epidermoides recidivados el margen libre en profundidad era menor a 2,5 mm, encontrando menos recidivas en los que se encontraba más lejano. Existe cada vez más evidencia de la necesidad y la ventaja que supone establecer unos márgenes de escisión quirúrgicos adecuados en la cirugía del carcinoma epidermoide, como ya se apunta en diversas guías de práctica clínica, pero en estas no se considera el margen histológico resultado de la exéresis, el cual postulamos pudiera ser de importancia.

### P105. EL MELANOMA EN EL ANCIANO SE ASOCIA A UN PEOR PRONÓSTICO. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO CON DATOS DE LA XARXA DE CENTROS DE MELANOMA DE CATALUNYA

S. Segura Tigell<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>b</sup>, A. Boada García<sup>c</sup>, R. Martí Laborda<sup>d</sup>, M. Sabat Santandreu<sup>e</sup>, O. Yélamos Pena<sup>f</sup>, I. Zarzoso Muñoz<sup>g</sup>, A. Azón Masoliver<sup>h</sup>, D. López Castillo<sup>i</sup>, J. Solà Ortigosa<sup>j</sup>, C. Baliu Piqué<sup>k</sup>, L. Galvany Rossell<sup>l</sup>, P. Pasquali<sup>m</sup>, M. Just Sarobé<sup>n</sup>, C. Carrera Álvarez<sup>o</sup>, N.A. Richarz<sup>c</sup>, J. Malveyh Guilera<sup>b</sup> y R.M. Pujol Vallverdú<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>c</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>d</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>e</sup>Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>f</sup>Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>g</sup>Hospital Universitari Mutua Terrassa. <sup>h</sup>Hospital Sant Joan. Reus. <sup>i</sup>Consorci Sanitari Integral Hospital Moises Broggi. <sup>j</sup>Hospital General de Granollers. <sup>k</sup>Hospital d'Igualada. <sup>l</sup>Consorci Sanitari Integral Hospital Dos de Maig. <sup>m</sup>Pius Hospital Valls. <sup>n</sup>Hospital Joan XXIII. Tarragona. España.*

**Introducción y objetivo.** El melanoma (MM) en el anciano está aumentando su incidencia en Cataluña y podría asociarse a peor pronóstico. El objetivo del estudio fue analizar las características clínicas, patológicas y el pronóstico (supervivencia específica de la enfermedad (DSS) y supervivencia libre de enfermedad (DFS)) del MM en ancianos frente a personas más jóvenes.

**Métodos.** Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes diagnosticados de MM en Cataluña entre 2012 y 2016. Los datos fue-

ron extraídos del registro de la Xarxa de Centros de Melanoma de Cataluña. Se realizó un análisis estadístico comparando las características clínicas e histológicas de los pacientes < 75 años respecto a ≥ 75 años. Se calcularon las curvas de Kaplan-Meier para DSS y DFS de los dos grupos y se utilizó la regresión de Cox para analizar la DSS y DFS en función de la edad y otros factores de riesgo.

**Resultados.** Se incluyeron 3086 pacientes (52,5% mujeres) de 14 centros, con una media de edad al diagnóstico 61 años. En el grupo ≥ 75 años había un predominio de hombres y el MM se localizaba con mayor frecuencia en cabeza y cuello (36,7 vs. 15,3%), mientras que en el grupo de jóvenes el 46,1% de los MM se localizaba en el tronco. En ancianos hubo un predominio de lentigo maligno melanoma (LMM) mientras que en el grupo < 75 años el MM extensión superficial fue significativamente más frecuente. El MM nodular, el MM lentiginoso acral y el MM mucoso fueron más frecuentes en población anciana. En las personas mayores el IB, la presencia de ulceración y la tasa mitótica fueron más altos que en los jóvenes. En las curvas de Kaplan-Meier se observó mayores DSS y DFS en el grupo de pacientes de < 75 años respecto al grupo de ancianos ( $p < 0,001$ ). Según la regresión de Cox, la probabilidad de morir por melanoma fue mayor en pacientes ≥ 75 años (HR 1,47;  $p = 0,002$ ) independientemente del IB y la ulceración, mientras la de recaída no parecía relacionarse de forma independiente con una mayor edad.

**Conclusiones.** El MM en ancianos es más frecuente en hombres, se localiza frecuentemente en cara y cuello y LMM es el subtipo predominante. Los ancianos presentan MM con mayor IB, ulceración y tasa mitótica. La edad parece un factor de riesgo independiente para DSS pero no para DFS. Todo ello podría explicarse por factores no relacionados con el tumor, como las comorbilidades o el deterioro del sistema inmune.

#### P106. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS PERIANAL EN ADULTOS: UN RETO DIAGNÓSTICO

L. Barrutia<sup>a</sup>, E.L. Garabito Solovera<sup>a</sup>, E. Obregón<sup>b</sup>, Á. Santos-Briz<sup>c</sup>, G. Martínez<sup>b</sup>, V. Volo<sup>a</sup>, A.M. Carballido Vázquez<sup>a</sup>, A.M. Antón Márquez<sup>a</sup>, T. Vega López<sup>a</sup> y P. Manchado López<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.*

**Caso clínico.** Un varón de 64 años fue remitido a nuestra consulta por lesiones perianales de 4 meses de evolución. Refería que tenía pareja estable. No había realizado viajes al extranjero. Negaba presentar síntomas gastrointestinales. Había realizado tratamiento con antibióticos tópicos y orales, sin mejoría. A la exploración física, presentaba lesiones ulceradas de bordes infiltrados en toda la región perianal. No presentaba adenopatías palpables. Se solicitaron serologías de VIH, VHB, VHC y lúes, con resultado negativo. Se realizó una biopsia cutánea en la que se evidenció una tumoración cutánea homogénea constituida por células con núcleos arrionados, hendiduras nucleares, y frecuente actividad mitótica. En el estudio inmunohistoquímico se evidenció positividad para la proteína S-100, CD1a, y langerina. Por tanto, el estudio histológico fue diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans. Ante este diagnóstico, se realizó un estudio de extensión que incluyó una biopsia de médula ósea, en la que se observaron varios focos de infiltración por células histiocitarias con las mismas características que las observadas en la biopsia cutánea. Ante el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans con afectación cutánea y de médula ósea, se inició tratamiento quimioterápico con vinblastina y prednisona.

**Discusión.** La histiocitosis de células de Langerhans tiene una incidencia de 8-9 casos por millón en los niños, y en adultos es ex-

tremadamente rara, con una incidencia de 1-2 casos por millón. Tiene un amplio espectro de presentaciones clínicas, y puede ser limitada, afectando un solo sistema, o multisistémica y potencialmente terminal. En más del 60% de los pacientes afecta a un solo sistema, preferentemente al hueso (85%), a la piel (11%) y a los ganglios linfáticos (2%). Las lesiones cutáneas del adulto a menudo se localizan en el cuero cabelludo, la cara y los genitales externos. La aparición de lesiones cutáneas en la zona perianal es una forma de presentación muy poco frecuente, con solo 16 casos descritos en la literatura. La mayoría de estos casos presentaron también afectación esquelética y pulmonar. El papel del dermatólogo es esencial a la hora de diagnosticar estos casos con potencial repercusión multisistémica, por lo que es fundamental tener esta entidad en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones perianales.

#### P107. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES MÚLTIPLES ASOCIADOS A SÍNDROME DE LYNCH POR MUTACIÓN EN MSH-2

M. López Núñez<sup>a</sup>, G.H. Petiti Martín<sup>a</sup>, M. Pujol<sup>b</sup>, M.R. García de la Fuente<sup>a</sup>, I. Moysset Agustí<sup>b</sup>, A. Vidal Navarro<sup>a</sup> y Oriana y Marcantonio<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona. España.*

**Introducción.** El síndrome de Lynch predispone a carcinomas en diferentes órganos a edades tempranas. Se ha descrito la presencia de cáncer cutáneo en hasta un 8,2% de los pacientes portadores de esta condición genética, principalmente queratoacantomas y carcinomas sebáceos. Se describe a un paciente portador de mutación en MSH-2 que presentó múltiples cánceres cutáneos durante su seguimiento.

**Caso clínico.** Paciente varón con antecedentes personales de cáncer colorrectal y adenocarcinoma de próstata. Entre sus antecedentes familiares destacaban cáncer vesical y uterino en 2 hermanos, una hija con neoplasia de colon, así como otras neoplasias de la esfera Lynch en familiares de segundo grado. Durante su seguimiento presentó un adenoma y carcinoma sebáceos, y múltiples carcinomas epidermoides. Estos se presentaron de forma eruptiva, con crecimiento rápido y comportamiento poco agresivo (sin recurrencia a pesar de extirpación incompleta en alguna ocasión y sin metástasis ganglionares). Durante su seguimiento se extirparon más de 25 lesiones tumorales cutáneas. El paciente tenía un diagnóstico de síndrome de Lynch por mutación patogénica en MSH-2 desde 2005, información que nunca fue transmitida en las consultas, ni tampoco realizó los controles recomendados.

**Discusión.** El síndrome de Lynch es un trastorno autosómico dominante que predispone a neoplasias de colon-recto, endometrio, ovario, estómago, páncreas o de la vía urinaria, entre otros. Es producido por mutaciones en los genes reparadores de ADN, más comúnmente MLH1, MSH2, MSH6 o PMS2. Este síndrome ha de ser descartado ante la presencia de adenoma, carcinoma o epiteloma sebáceo, queratoacantomas múltiples o incluso carcinomas basocelulares con diferenciación sebácea. El carcinoma epidermoide cutáneo y sus lesiones precursoras han sido asociadas al Lynch desde su descripción inicial y grandes estudios observacionales han confirmado un aumento de riesgo en esta población. También excepcionalmente el carcinoma escamoso cutáneo puede ser una manifestación inicial de este síndrome.

**Conclusiones.** Algunos autores recomiendan una revisión dermatológica al diagnóstico de síndrome de Lynch y controles periódicos si ya hay antecedente de cáncer cutáneo. Ante un paciente joven con queratoacantomas múltiples o un carcinoma escamoso sin factores de riesgo se recomienda indagar sobre antecedentes familiares de cáncer.



### P108. DESCRIPCIÓN DE LA MUTACIÓN -138/139 CC>TT DEL PROMOTOR DE TERT Y SU ROL COMO BIOMARCADOR PREDICTIVO DE RESPUESTA EN LOS PACIENTES CON MELANOMA TRATADOS CON INHIBIDORES DE BRAF/MEK

E. Manrique-Silva<sup>a,b</sup>, D. Millán-Esteban<sup>a,b</sup>, M. Agueralde-Martín<sup>b</sup>, Z. García-Casado<sup>c</sup>, C. Requena<sup>c</sup>, M.J. Juan<sup>d</sup>, R. Kumar<sup>e</sup>, S. Ribero<sup>f</sup> y E. Nagore<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. <sup>c</sup>Laboratorio de Biología Molecular. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Oncología. Instituto Valenciano de Oncología. <sup>e</sup>División de Biología Genética Molecular. German Cancer Research Center. Heidelberg. Alemania. <sup>f</sup>Medical Sciences Department. Section of Dermatology. University of Turin. Italia.

**Introducción.** El uso de la terapia dirigida (inhibidores de BRAF/MEK) ha supuesto un incremento considerable de las tasas de supervivencia específica del melanoma, sin embargo, la respuesta prolongada en estos pacientes suele ser excepcional. Actualmente carecemos de biomarcadores predictivos que puedan predecir la duración de dicha respuesta. El objetivo de este estudio fue determinar si la presencia de mutaciones en el promotor de TERT se relacionaba con la supervivencia específica de melanoma en los pacientes con BRAF mutado tratados con inhibidores de BRAF/MEK. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de tipo observacional retrospectivo. Se incluyeron un total de 77 pacientes con un melanoma metastásico BRAF (V600) mutado, en tratamiento con inhibidores de BRAF/MEK. Únicamente se incluyeron pacientes en los que se había analizado la presencia de la mutación en el promotor de TERT (WT, -124 C > T, -146 C > T y -138/-139 CC > TT). Las variables se recogieron en 2 centros diferentes, 26 y 51 respectivamente. La posibilidad de un sesgo por centro se descartó utilizando la prueba de ANOVA y la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis. La supervivencia específica de melanoma se determinó mediante las curvas de supervivencia de Kaplan Meier y modelos de regresión de Cox.

**Resultados.** Tras una mediana de seguimiento de 56 meses y el análisis multivariado se asociaron con una menor supervivencia específica por melanoma la mutación V600K en BRAF (OR 2,2; IC 95% 1,2-4,0; p < 0,02), el estadio M1c/M1d (OR 3,3; IC 95% 1,7-6,5; p < 0,001), el ECOG  $\geq$  1 (OR 3,6; IC 95% 1,9-6,7; p < 0,001) y no tener la mutación -138\_139CC>TT en el promotor de TERT (OR 3,2; IC 95% 1,0-10,5; p = 0,052).

**Conclusiones.** La mutación tándem -138/139 CC >TT en el promotor de TERT es un marcador de buen pronóstico en los pacientes con melanoma metastásico tratados con inhibidores de BRAF/TERT. A pesar de ser una mutación poco frecuente, su uso, junto con otros parámetros como el tipo de mutación en BRAF, el ECOG y el número de los órganos afectados por las metástasis, puede ser útil para estimar la respuesta al tratamiento. De confirmarse en otros estudios, podría utilizarse para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con enfermedad metastásica.

### P109. CUANDO LOS MÁRGENES LIBRES NO EVITAN LA TRAGEDIA

J.P. Serrano Serra, J.F. Orts Paco, J. Navarro Pascual, B. Rebollo Caballero, E. Cutillas Marco, A. Ramírez Andreo, M.I. Úbeda Clemente, J. Ruiz Martínez, J. Hernández-Gil Sánchez, M.C. Soria Martínez, M.D. Ruiz Martínez y M.E. Giménez Cortés

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

El carcinoma espinocelular es el segundo tipo más común de cáncer de piel, tras el carcinoma basocelular, y su probabilidad de metástasis ganglionares y/o a distancia no es desdeñable, por lo que hay que

tener en cuenta factores de alto riesgo para plantear alternativas diagnóstico-terapéuticas que eviten o detecten la progresión tumoral. Mujer de 81 años, que presentaba desde enero de 2020 una lesión hiperqueratósica ulcerada en la pierna derecha, que fue intervenida en septiembre de ese año, ante la sospecha de carcinoma espinocelular. En los cortes histológicos, se observó un tumor compatible con la sospecha diagnóstica, con una profundidad de invasión de 0,3 mm, ausencia de infiltración linfovascular o perineural y bordes de resección libres de tumor, presentando como criterios de alto riesgo una moderada diferenciación celular, así como un tamaño de 8 cm. Posteriormente, en octubre del mismo año, volvió a acudir presentando adenopatías inguinales, que al ser sometidas a punción ecoguiada, fueron filiadas como ganglios con infiltración tumoral por carcinoma epidermoide, por lo que se realizó estudio de extensión, que mostró múltiples adenopatías sospechosas de malignidad a nivel inguinal y en las cadenas ilíacas interna y externa. Remitida ya a oncología médica, se planteó tratamiento con pembrolizumab, pero la paciente y la familia lo rechazaron. En mayo del año 2022, comenzó a presentar múltiples lesiones nodulares y papulosas violáceas cercanas a la ingle derecha, que en los próximos meses progresaron a más de 50 lesiones de las mismas características, sospechosas de metástasis cutáneas. Finalmente, la paciente ingresó en agosto del 2022 para control de dolor a medicina interna de nuestro centro con intención paliativa y, unos días después, fue exitus. Pese a la ausencia de invasión perineural o linfovascular, elevada profundidad de invasión o localización de alto riesgo, el hecho de presentar un gran tamaño, así como una moderada diferenciación, junto con los factores propios de la paciente, bastaron para hacer que este caso pasara de ser uno de tantos otros en los que se extirpa un carcinoma espinocelular con márgenes libres y la curación es probable, a finalizar con un fatídico desenlace. Este caso pone de manifiesto la agresividad que puede llegar a tener este tipo de tumor, tanto a nivel local como a distancia.

### P110. ANÁLISIS DE LA INMUNOSUPRESIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO

M. Martins Lopes<sup>a</sup>, D. Revilla Nebreda<sup>a,b</sup>, S. Becerril Andrés<sup>a</sup>, A. Romo Melgar<sup>a,b</sup>, C. Román Curto<sup>a,b</sup> y J. Cañuelo Álvarez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). <sup>b</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). <sup>c</sup>Laboratorio 20. Instituto Universitario de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC). Centro de Investigación del Cáncer (CIC). Salamanca. España.

### P111. CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ALTO RIESGO. LA OTRA CARA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Á. Prados Carmona, J.P. Velasco Amador, M.D. Pegalajar García, A. Gil Villalba, J.M. Llamas Molina, F.M. Almazán Fernández, J.C. Ruiz Carrascosa y R. Ruiz Villaverde

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

Presentamos el caso de una mujer de 88 años, con antecedente de exposición solar crónica, que consulta por tumoración de rápido crecimiento en región cigomática izquierda de borde bien delimitado, exofítica, friable y sangrante sobre la que no había aplicado tratamiento. Progresivamente la lesión había alcanzado un tamaño de 8 x 5,2 cm, extendiéndose de forma centrífuga hacia sien, área malar y periocular ipsilaterales sin llegar a comprometer párpados. Se estableció el diagnóstico clínico de carcinoma espinocelular, programándose, tras estudio de extensión, cirugía bajo anestesia general para extirpación con márgenes de seguridad y reparación del defecto secundario mediante injerto dermoepidérmico. La paciente evolucionó favorablemente con prendimiento total del injer-

to. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma espinocelular tipo NOS infiltrante, pobremente diferenciado, con un espesor de 14,4 mm e invasión linfovascular, en ausencia de invasión perineural, y con márgenes de resección libres de lesión. Dadas las características, tras presentación en Comité de Tumores, se estimó realización de adyuvancia mediante radioterapia. El carcinoma espinocelular es el segundo cáncer cutáneo más frecuente y en los últimos años, su incidencia global está en aumento. En su etiopatogénesis, entre otros factores, influye la radiación ultravioleta y el fotoenvejecimiento crónico. Debido a la pandemia, se han producido retrasos en diagnósticos y tratamientos en casi todas las áreas de la Medicina, incluida la Dermato-Oncología, en parte motivados por el miedo de la población general a consultar en centros sanitarios por patología no urgente. A consecuencia de lo anterior, casi tres años después de los primeros reportes de infección por SARS-CoV-2, en nuestro centro seguimos atendiendo a pacientes con cáncer cutáneo que habían demorado durante meses la solicitud de asistencia, conllevando un empeoramiento pronóstico. Algunos de los factores de alto riesgo para carcinoma espinocelular según las guías europeas incluyen un tamaño mayor a 2 cm, localización en la sien, pobre diferenciación y grosor mayor a 6 mm. Estos factores, así como el grado de resección alcanzable mediante cirugía, condicionan el pronóstico y la necesidad de terapia adyuvante, siendo fundamental concienciar del beneficio de un abordaje diagnóstico y terapéutico temprano.

#### P112. MACHINE LEARNING COMO HERRAMIENTA PARA LA PREDICCIÓN DE LA MICROINVASIÓN DEL MELANOMA CUTÁNEO

J.C. Hernández Rodríguez<sup>a</sup>, J. Ortiz Álvarez<sup>a</sup>, R. Corbi Llopis<sup>a</sup>, G.J. Jiménez Thomas<sup>a</sup>, J. Conejo-Mir<sup>a,b</sup> y J.J. Pereyra Rodríguez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. <sup>b</sup>Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Sevilla. España.

El espesor de Breslow es la medida expresada en milímetros que cuantifica la microinvación del melanoma cutáneo desde el estrato granular a la máxima invasión del tumor. Existen criterios dermatoscópicos que podrían ser sugestivos de melanoma in situ, como el retículo atípico, las líneas anguladas o la regresión. Sin embargo, resulta complejo predecir la microinvación del melanoma cutáneo basándonos solo en criterios dermatoscópicos. Por este motivo, el objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un algoritmo de machine learning para predecir la microinvación del melanoma cutáneo. Se llevó a cabo un entrenamiento de una red convolucional preentrenada a través de imágenes dermatoscópicas de melanomas cutáneos confirmados histológicamente y en los que el espesor de Breslow estaba medido por un patólogo experto. El conjunto de datos fue constituido por imágenes recogidas en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, el archivo ISIC, Polesie et al. y Argenziano et al. Al comparar entre melanoma in situ y melanoma invasivo, el modelo entrenado obtuvo una precisión del 68% (59-76%; IC 95%). Cuando la comparación se realizó entre melanoma < 0,8 mm de microinvación y > 0,8 mm de microinvación, la precisión fue de 78% (69-86%; IC 95%). El machine learning basado en imágenes dermatoscópicas podría servir como un apoyo a la práctica clínica para la predicción de la microinvación del melanoma cutáneo.

#### P113. NUEVOS USOS DE NUEVOS TRATAMIENTOS. DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL PENFIGOIDE AMPOLLOSO INDUCIDO POR PEMBROLIZUMAB

N. Naranjo Guerrero<sup>a</sup>, E. Castro González<sup>b</sup>, P. Díaz Morales<sup>b</sup>, Á. García Miñarro<sup>b</sup>, G. Suárez Mahugo<sup>b</sup>, A. Felipe Robaina<sup>b</sup>, P. Naranjo Álamo<sup>b</sup> y G. Carretero Hernández<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Burgos. España.*

**Introducción.** El uso de los inhibidores de los puntos de control inmunitario con indicación tanto en melanoma como en otras neoplasias supone la aparición de efectos adversos cutáneos hasta en el 34% de los pacientes tratados con anti-PD1, entre los que se encuentra el penfigoide ampolloso (PA). Fármacos como el dupilumab podrían ser una alternativa terapéutica para estos pacientes. Presentamos un caso de PA inducido por pembrolizumab tratado con dupilumab.

**Caso clínico.** Un varón de 58 años, diagnosticado en 2010 de melanoma de extensión superficial de 4,5 mm de IB en zona lumbar, con progresión posterior en 2018 con 4 metástasis subcutáneas (T4b, N0, M1a, IV). Se inició tratamiento con vemurafenib (960 mg/12 h) y cobimetinib (60 mg diarios durante 3 semanas al mes) con remisión parcial pero con necesidad de su suspensión posterior por efectos secundarios tras 6 meses. Posteriormente, se indicó pembrolizumab (200 mg/3 semanas durante 5 ciclos, y posteriormente con 400 mg/6 semanas con buena tolerancia). Tras un año de tratamiento desarrolla placas eritematosas, intensamente pruriginosas con posterior formación de ampollas, con afectación predominante en extremidades, cuya histología e IFD confirmaba la sospecha diagnóstico de PA. Se pautó tratamiento con corticoides sistémicos en pauta descendente, doxiciclina (100 mg/12 h) y corticoides tópicos de alta potencia, con mal control y con empeoramiento tras cada infusión. Se decide empezar con omalizumab 300 mg/2 semanas, con suspensión a los 5 meses por mal control y necesidad de asociar corticoides sistémicos. Se inició tratamiento con dupilumab 300 mg/2 semanas, presentando un excelente y rápido control sin nuevos brotes tras 4 meses de tratamiento. Actualmente el paciente se encuentra en remisión completa.

**Conclusiones.** No existen guías específicas en cuanto al manejo del PA inducido por inmunoterapia. De forma general se recomienda la suspensión de la inmunoterapia en aquellos casos de penfigoide ampolloso severo (grado 2-3). Para su tratamiento en pacientes oncológicos, alternativas clásicas como la azatioprina y el micofenolato de mofetilo estarían desaconsejadas. Sin embargo, nuevos estudios han demostrado el papel de la IL4, IL13 y los eosinófilos, en la patogénesis del penfigoide ampolloso. El dupilumab es una alternativa terapéutica a tener en cuenta en este perfil de pacientes.

#### P114. TRATAMIENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR AVANZADO EN LOCALIZACIÓN DE RIESGO ELEVADO CON BRAQUITERAPIA

A. Medina Fernández, A. Carmona Oliveira, J. Alonso Suárez Pérez, N. López Navarro, J.A. González Saavedra, R.M. Castillo Muñoz y E. Herrera Acosta

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

**Caso clínico.** Mujer de 51 años con carcinoma basocelular en canto interno de ojo izquierdo intervenido por servicio de cirugía plástica en 2012 con bordes libres. En febrero 2022 consulta por lesión de 2 años de evolución de 9 x 4 cm de tamaño, afectando de forma notable a canto interno de ojo izquierdo. Además, se extiende a región frontal y mejilla izquierda. Se observa infiltración y dificultad para la movilidad del párpado. Se realiza biopsia y se confirma recidiva de carcinoma basocelular. La RMN facial y TAC-body descartan afectación locorregional o a distancia. Debido a la localización y a la extensión de la lesión se desestima la cirugía y en comité oncológico se decide tratamiento con braquiterapia con dosis de 66 Gy. Se realizan 33 sesiones, finalizando en junio 2022 con buena tolerancia y presentando como efectos adversos la aparición de ectropión y lagrimeo. En septiembre 2022 la zona irradiada se encuentra en buen estado y sin signos de persistencia de enfermedad.

**Discusión.** El carcinoma basocelular es la neoplasia cutánea más frecuente. La radiación ultravioleta actúa como principal factor carcinogénico, aunque existen trastornos genéticos que predisponen a su aparición. Estos tumores se presentan de forma muy heterogénea, desde lesiones de pequeño tamaño hasta una gran extensión. El tratamiento estándar es la cirugía. La radioterapia (RT) se reserva para enfermedad localmente avanzada, si existe riesgo de mal resultado estético o funcional con cirugía o en comorbilidades. Existen 2 modalidades de RT: RT con haz externo y braquiterapia; la elección depende del tamaño de la lesión, localización, infiltración, etc. En lesiones avanzadas se emplean dosis de 60-70 Gy en sesiones de 2 Gy. El riesgo de recurrencia tras RT es de 3,5%, mientras que los de cirugía convencional y Mohs se sitúan ambos en 3,8%. Es un tratamiento seguro y bien tolerado, aunque puede asociarse a efectos adversos como radiodermatitis aguda con eritema, erosiones y crónica con hipopigmentación, telangiectasias, necrosis. El riesgo de segunda neoplasia por RT es muy bajo considerando las dosis empleadas.

**Conclusiones.** RT es una buena opción en pacientes en los que la cirugía puede generar defectos con implicación estética importante. Requiere un seguimiento estrecho del dermatólogo para detectar recidiva y rescate quirúrgico o médico con las nuevas dianas si fuera necesario.

#### P115. TOXICIDAD INMUNOMEDIADA EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE CDK4/6: UNA SERIE DE 4 CASOS

G. Servera Negre<sup>a</sup>, A. Mayor Iburguren<sup>a</sup>, J.M. Busto Leis<sup>a</sup>, E. Fiz Benito<sup>a</sup>, R. de Moraes Souza<sup>a</sup>, T.G. Sobral Costas<sup>a</sup>, R. Escudero Tornero<sup>a</sup>, D. Jiménez-Bou<sup>b</sup> y P. Herranz Pinto<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Los inhibidores de las cinasas dependientes de ciclina 4 y 6 (CDK4/6), entre los que se incluyen el palbociclib, el ribociclib y el abemaciclib, han supuesto un salto en el tratamiento del cáncer de mama con positividad para receptores hormonales (RH+) y HER2-. Se trata de una familia de terapias dirigidas que actúa sobre la regulación del ciclo celular y que presenta un perfil de efectos adversos característico, siendo los más frecuentes la astenia y las citopenias. A nivel cutáneo se han reportado casos aislados de exantemas, mucositis, lupus eritematoso y lesiones vitiligoides. Presentamos el caso de 4 nuevos pacientes.

**Caso 1.** Mujer de 52 años en tratamiento con palbociclib y letrozol que durante el segundo ciclo comenzó con lesiones eritematodescamativas en áreas fotoexpuestas sugestivas de lupus cutáneo subagudo, de forma concomitante al hallazgo de anticuerpos ANA y anti-Ro, que se resolvieron con prednisona e hidroxicloroquina.

**Caso 2.** Mujer de 63 años en tratamiento con ribociclib y exemestano que durante el segundo ciclo comenzó con pápulas eritematodesdemáticas confluentes en tercio superior del tronco y antebrazos, con histología compatible con lupus cutáneo.

**Caso 3.** Mujer de 74 años en tratamiento con palbociclib y letrozol que en el día 15 de tratamiento inició un exantema maculopapular eritematodescamativo de predominio en tronco y flexuras que fue clínica e histológicamente sugestivo de toxicodermia y se resolvió con corticoides orales, sin rebrote tras reinicio de palbociclib.

**Caso 4.** Mujer de 47 años en tratamiento con ribociclib y letrozol que durante el ciclo 35 comenzó con máculas y manchas acrómicas de localización facial sugestivas de vitiligo, para las que se ha iniciado tratamiento con pimecrolimus en crema y fotoexposición gradual con previa aplicación de kelina al 3%.

Las reacciones cutáneas por inhibidores de CDK4/6 comprenden un espectro variado de dermatosis infrecuentes y de presentación tardía. La liberación de nucleosomas secundaria a la mayor apoptosis inducida por estos fármacos podría explicar el rasgo autoinmunita-

rio de muchos de estos fenómenos que, por lo general, parecen ser de carácter leve. En concreto, en nuestra serie, ningún paciente ha requerido la suspensión definitiva del tratamiento. No obstante, el conocimiento de estas reacciones resulta esencial para un reconocimiento precoz y un tratamiento adecuado.

#### P116. DOS ESTIRPES TUMORALES EN UNA MISMA LESIÓN: CARCINOMA DE MERKEL Y CARCINOMA EPIDERMÓIDE

M. Córdoba García-Rayó<sup>a</sup>, D. Vírveda González<sup>a</sup>, C. Lacasta Plasín<sup>a</sup>, P. García Piqueras<sup>a</sup>, N. Medrano Martínez<sup>a</sup>, L. Jiménez Briones<sup>a</sup>, V. Parra Blanco<sup>b</sup>, L. Barchino Ortiz<sup>a</sup> y M. Bergón Sendín<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 88 años que acudió a la consulta de Dermatología para valoración de una lesión en la región frontal derecha de 2 años de evolución. A la exploración física presentaba una placa hiperqueratósica de 4 cm sobre la que asentaban dos nódulos eritematosos de 15 mm de tamaño. Tras extirpar la lesión, la histología revelaba una doble diferenciación tumoral: un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con infiltración perineural y un carcinoma neuroendocrino de célula pequeña (carcinoma de Merkel). El tac de estadificación mostraba adenopatías cervicales izquierdas patológicas, por lo que se realizaron parotidectomía y vaciamiento cervical izquierdos. En el estudio histológico, los ganglios extirpados no presentaban infiltración tumoral, estableciéndose el diagnóstico de sarcoidosis. A los 3 meses, apareció un nódulo en la región frontal sobre el injerto previo, con diagnóstico de infiltración por carcinoma de células de Merkel. Finalmente, tras desestimarse la cirugía del nódulo frontal, se aprobó la administración de avelumab para el tratamiento médico del carcinoma de Merkel.

**Discusión.** Los tumores cutáneos que presentan una doble diferenciación compuesta por carcinoma de células escamosas y carcinoma neuroendocrino son poco frecuentes. Existen varias hipótesis sobre su origen, podrían derivar de células precursoras distintas o de una célula pluripotencial capaz de generar varias estirpes tumorales. Se han relacionado con la exposición a la radiación ultravioleta. Estos tumores presentan una carga mutacional alta por una vía independiente a la infección por el poliovirus de células de Merkel, con una alta frecuencia de mutaciones en p53 y en otros genes supresores de tumores. Suelen presentar un inmunofenotipo distinto a los carcinomas neuroendocrinos cutáneos primarios, con ausencia de poliovirus de células de Merkel, expresión elevada de p53 y ausencia de neurofilamentos. Además, se ha descrito que estos tumores en los que no se detecta el poliovirus de células de Merkel presentan peor pronóstico que el carcinoma de células de Merkel puro, con mayor riesgo de recurrencias locales y metástasis. En consecuencia, ante la aparición de estas lesiones con doble diferenciación tumoral debemos considerar el potencial comportamiento biológico agresivo y realizar un diagnóstico y tratamiento precoces.

#### P117. EL CARCINOMA ANEXIAL MICROQUÍSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Hiltun Cabredo<sup>a</sup>, M. Fernández Parrado<sup>a</sup>, I. Ibarrola Hermoso de Mendoza<sup>a</sup>, C. Miguel Miguel<sup>a</sup>, M. Azcona<sup>a</sup>, G. Aísa Rivera<sup>b</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción.** El carcinoma anexial microquístico (CAM) fue descrito por primera vez en 1982 como un tumor anexial maligno, localmente agresivo y con elevada tendencia a la recurrencia local.

**Material y métodos.** Descripción de un caso de CAM y revisión de la literatura.

**Resultados.** Varón de 41 años, sin antecedentes de interés, que consultó por placa mal delimitada, en región posterior cervical, de aproximadamente diez años de evolución. Inicialmente fue valorado por cirugía general que le solicitó una ecografía de partes blandas, en la que se observó un aumento de grosor de la dermis, sin afectación de planos profundos. Dados los resultados se derivó a dermatología, donde se realizó biopsia de la lesión con resultado dudoso entre siringoma y CAM, recomendándose extirpación completa de la misma. Se realizó exéresis quirúrgica de la placa mediante cirugía con control de márgenes, confirmándose el diagnóstico de CAM. El defecto se reconstruyó mediante una plastia de avance-rotación, con buena evolución posterior del paciente.

**Discusión.** El carcinoma anexial microquístico es una neoplasia infrecuente, con una incidencia estimada de 6,5 por 10 millones de individuos. Clínicamente se suele presentar como una placa cicatricial, anodina, mal delimitada, de crecimiento lento, que habitualmente se localiza en cabeza y cuello. A nivel histológico se visualizan células epiteliales, organizadas en nidos y cordones, rodeadas de un estroma hialinizado, que se organizan de forma similar a ductos, invaden la dermis profunda y con frecuencia presentan invasión perineural. Dada su mala delimitación y su elevada tendencia a la recurrencia, se recomienda como primera línea de tratamiento la cirugía micrográfica de Mohs.

#### **P118. ERITEMA NODOSO POR RIZALBRUTINIB: UN EFECTO A TENER EN CUENTA DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSIN KINASA DE BRUTON**

J.M. Busto Leis, G. Servera Negre, E. Fiz Benito, R. de Moraes Souza y A.P. Mayor Iburguren

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** Los inhibidores de tirosinquinasa de Bruton (iTKB) son fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de tumores de linfocitos B y ciertas neoplasias sólidas. En los últimos años han aparecido iTKB de nueva generación que se están ensayando en ciertas enfermedades autoinmunes. Presentamos el caso de una paciente con púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) que desarrolló eritema nodoso tras el inicio de rizalbrutinib.

**Caso clínico.** Se trata de una mujer de 64 años con antecedente de PTI, sometida a esplenectomía y múltiples terapias sistémicas. Ante la falta de respuesta, se decide tratamiento con rizalbrutinib; pocos días después de su inicio desarrolla nódulos eritematovioláceos fijos y dolorosos en miembros inferiores. Se realiza una biopsia que revela un infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos e histiocitos en los septos del tejido adiposo, compatible con eritema nodoso. Se decide mantener el fármaco y administrar tratamiento sintomático con corticoides orales, con buena respuesta.

**Discusión.** La TKB representa una diana crucial en el tratamiento de ciertas neoplasias. El ibrutinib, el iTKB más utilizado, presenta un espectro de toxicidad cutánea bien conocido que incluye equimosis, infecciones, rash, foliculitis, alteraciones ungueales y capilares, y paniculitis. Esta última puede afectar hasta al 20% de los pacientes con toxicidad cutánea, aunque no suele causar la discontinuación del fármaco, y se ha descrito tanto el eritema nodoso como la paniculitis neutrofílica. En los últimos años han surgido múltiples moléculas iTKB para el tratamiento de trastornos inmu-

nomediados. En particular, el rizalbrutinib se encuentra en ensayo clínico para el penfigoide ampolloso, la PTI y la enfermedad relacionada con IgG4. Aunque sus efectos adversos están escasamente reportados, algunos de ellos también se han descrito como posibles agentes causales de paniculitis, como el acalabrutinib y el zanubrutinib. Los mecanismos propuestos incluyen una respuesta celular adaptativa localizada, quizás favorecida por la inhibición no específica de cinasa inducible de células T; y también la regulación a la baja de moléculas de señalización como el PLCgamma2.

**Conclusiones.** Ante la esperable generalización en el uso de nuevos iTKB, debemos tener en cuenta sus posibles efectos adversos dermatológicos, incluyendo la paniculitis tipo eritema nodoso.

#### **P119. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LA PLANIFICACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS, SERIE DE 5 CASOS**

S. Merino Molina, P. Navarro Guillamón, R. Bosch García, G.G. Garriga Martina y E. Herrera Acosta

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

**Introducción y objetivo.** El dermatofibrosarcoma protuberantes (DFSP) es un sarcoma de estirpe fibroblástica con malignidad intermedia y crecimiento infiltrativo, lo que dificulta su extirpación completa con tendencia a la recidiva. A nivel ecográfico, presenta un aspecto heterogéneo característico con múltiples proyecciones digitiformes e intenso doppler intralesional. Por ello, se plantea la ecografía cutánea como técnica preoperatoria para delimitar su extensión y extirpar la lesión mediante cirugía de Mohs en un único pase, plantear terapia neoadyuvante con imatinib en aquellos tumores irreseccables, o realizar un seguimiento postoperatorio y detectar recidivas de forma precoz.

**Métodos.** Se lleva a cabo ecografía cutánea en 5 pacientes con diagnóstico histológico de DFSP, mediante sonda lineal de 18 MHz, para planificar su resección completa o indicar neoadyuvancia y monitorizar su respuesta.

**Resultados.** En tres pacientes, la lesión se localiza en región escapular derecha, en contacto con la fascia subyacente sin llegar a alcanzar músculo deltoides. El tamaño medio es de 2,2 × 1,4 cm. Gracias a la ecografía cutánea, se delimita adecuadamente su extensión y se alcanza la resección completa en los tres casos mediante cirugía de Mohs en un único pase. En dos pacientes, la ecografía cutánea se realiza sobre DFSP en rama mandibular derecha e izquierda, respectivamente, con un tamaño medio de 3,25 × 3 cm, considerados inicialmente irreseccables debido al defecto estético que ocasionaría su extirpación. Mediante la ecografía, es posible valorar la respuesta al tratamiento neoadyuvante con imatinib y plantear posteriormente una cirugía que permita alcanzar la resección total sin comprometer el resultado estético.

**Conclusiones.** La ecografía cutánea es una técnica útil, económica y segura, que puede realizarse de forma preoperatoria para planificar la exéresis completa del DFSP en un único pase durante la cirugía de Mohs. Además, en las lesiones de gran tamaño que puedan comprometer el resultado estético a nivel facial, nos permite delimitarlas adecuadamente, plantear tratamiento neoadyuvante y monitorizar su respuesta.

La afectación cutánea por aspergilosis es rara y su identificación precoz es importante por la mortalidad que conlleva, sobre todo en inmunosuprimidos. Presentamos un caso de aspergilosis cutánea secundaria con presencia de hongos en epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. Varón de 32 años con leucemia mieloide aguda, ingresado por neutropenia febril en día +43 tras tercer trasplante de donante no emparentado. Cubierto con antibiótico, isavuconazol, anfotericina B y aciclovir. Hematología nos consultó la aparición de lesiones hacia 3 días sin clínica sistémica asociada. A la exploración física se observaron múltiples pápulas eritematosas, algunas con ampolla y costra central, dispersas, de predominio troncular, así como dos nódulos pequeños y dolorosos en muslo izquierdo. Se realizaron dos biopsias: del nódulo, que mostró una necrosis grasa con adipocitos fantasma, así como hifas alargadas y septadas; y de una lesión ampollosa, con presencia de abundantes estructuras micóticas en dermis y epidermis. En el cultivo de la biopsia creció *Aspergillus alliaceus* (A. flavus complex). Pese a la cobertura antifúngica doble, el paciente falleció 48 horas después con presencia en TAC de múltiples lesiones compatibles con émbolos sépticos. La aspergilosis subcutánea simulando paniculitis pancreática es bien conocida, pero poco frecuente. Igualmente, la presencia de hifas en todas las capas de la epidermis se ha descrito raramente en aspergilosis primarias, pero no en diseminación sistémica del hongo. Su presencia simultánea es excepcional. Por último, *Aspergillus alliaceus* es un patógeno humano inhabitual, con solo tres casos previos publicados, caracterizados por su baja susceptibilidad a antifúngicos.

#### UN CASO CLÍNICAMENTE ATÍPICO DE VASCULOPATÍA LIVEDOIDE

M. Seguí Olmedilla, A. Fernández Galván, J. Fraga y M. Llamas Velasco

*Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La vasculopatía livedoide (VL) suele presentarse con úlceras purpúricas dolorosas en las extremidades inferiores e histológicamente presenta trombos de fibrina intraluminal, hialinización segmentaria y proliferación endotelial. Presentamos un caso clínicamente atípico.

**Caso clínico.** Varón de 25 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acudió a urgencias con brote de 24 h de evolución de lesiones dolorosas en miembros inferiores. Refería brotes subintrales de 5 años de evolución y empeoramiento con bipedestación. A la exploración física presentaba en ambas regiones pretibiales máculas que confluían formando una placa eritematoviolácea, algo edematosa, de aspecto retiforme con zonas redondeadas grisáceas. La biopsia realizada presentaba a nivel de dermis proliferación de estructuras vasculares dérmicas así como un infiltrado inflamatorio perivasculoso e intersticial linfocitario. La pared de algunos vasos superficiales presentaba hialinosis parcheada, así como presencia de trombos hialinos. No se encontraron fenómenos de vasculitis leucocitoclástica. La correlación clínico-patológica permitió el diagnóstico. El único hallazgo analítico relevante fue la presencia de anticoagulante lúpico positivo. Se trató con pentoxifilina 600 mg 2 comprimidos/día sin brotes retiformes, pero con per-

sistencia del eritema. El tratamiento de la VL es un reto, aunque se tiende a usar tratamiento local junto con antiagregantes y anticoagulantes. Nuestro caso es peculiar por presentar eritema difuso persistente, simulando una capilaritis purpúrica, y por la clara relación entre los brotes y la bipedestación continuada. Dada su presentación atípica, el diagnóstico no hubiera sido posible sin los hallazgos encontrados en la biopsia cutánea.

#### SIRINGOMA TIPO PLACA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN UNA CIRUGÍA DE MOHS DE CARCINOMA BASOCELULAR

M. Pozuelo Ruiz, R.D. Palacios Díaz, C. Abril Pérez, M. Mansilla Polo, D. Martín Torregrosa, V. Martínez Cozar, M. Llavador Ros y R. Botella Estrada

*Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.*

El siringoma es un tumor benigno de origen ecrino que habitualmente se presenta como pápulas milimétricas múltiples, sobre todo afectando a la zona periorbitaria, aunque existen variantes clínicas menos frecuentes, como es el siringoma tipo placa. Este subtipo puede cursar como una placa de varios centímetros del color de la piel y el diagnóstico histológico es complicado en ocasiones, dado que recuerda al carcinoma microquístico aneural o incluso a formas de carcinoma basocelular. Presentamos un caso de siringoma en placa sin expresividad clínica que se encuentra como hallazgo incidental durante el examen histológico de las piezas en congelación de una cirugía micrográfica de Mohs por carcinoma basocelular. Se trata de una colisión tumoral que supone una dificultad añadida para la interpretación de los márgenes, teniendo en cuenta la ausencia de lesión macroscópica.

#### DERMATOMIOFIBROMA: DOS CASOS PEDIÁTRICOS

I. Andrés Ramos, E. Rodríguez Díaz, Á. Fernández Camporro, P. Alonso Penanes, E.A. Albarrán Coria, J.M. Calzada González y S. García Mallo

*Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. España.*

El dermatomiofibroma es un tumor benigno de estirpe miofibroblástica. Aparece más frecuentemente en mujeres jóvenes, describiéndose raramente en pacientes pediátricos. Presentamos dos casos pediátricos que acuden por una tumoración solitaria eritematoparduzca de 1-2 cm, de consistencia firme y mal delimitadas, en posterior derecho de cuello de varios años de evolución. Desde el punto de vista histológico, el dermatomiofibroma consiste en una proliferación no encapsulada y bien delimitada en dermis reticular y parte superior del tejido celular subcutáneo de células fusiformes dispuestas en una orientación paralela a la superficie de la epidermis respetando los anejos cutáneos. El perfil inmunohistoquímico es variable, siendo frecuente la expresión de vimentina. El dermatomiofibroma es una entidad indolente, y la importancia de la misma radica en su diagnóstico diferencial con otros tumores malignos, como el tumor desmoide o el dermatofibrosarcoma protuberans, que requieren de una actitud terapéutica agresiva.