



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA QUIRÚRGICA, LÁSER Y ONCOLOGÍA CUTÁNEA (GECIDOC)

XXVII Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV (GECIDOC) Santiago de Compostela, 28 y 29 de noviembre de 2014

Ponencias

1. PAPEL DE LA CIRUGÍA DE MOHS EN EL MELANOMA

A. González Morán^a y E. Samaniego González^b

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

Numerosos estudios han demostrado que los márgenes convencionales de 5 mm para el tratamiento del léntigo maligno y 1 cm para el léntigo maligno melanoma son insuficientes para su extirpación completa. La mala delimitación, la extensión subclínica de estos tumores y su localización en áreas de exposición solar crónica y/o estéticamente comprometidas complican esta tarea, facilitando su recidiva. Por otra parte un porcentaje de lesiones con biopsia previa de melanoma in situ es diagnosticado de melanoma invasivo tras la exéresis completa. Esto hace necesario la evaluación exhaustiva tanto de los márgenes, como del tumor central. La cirugía micrográfica de Mohs permite el estudio preciso de los márgenes quirúrgicos con la ventaja de conservar tejido sano y con bajas tasas de recidiva con respecto a la cirugía convencional. En melanoma, debido a la dificultad en la visualización de los melanocitos atípicos en los cortes congelados, han surgido una serie de variantes tanto de la técnica quirúrgica como de la nomenclatura: inmunohistoquímica en cortes congelados, variantes con tejidos en parafina (slow Mohs) o Mohs diferido, escisión seriada por etapas... La escasez de estudios que comparen estas técnicas entre sí y la ausencia de protocolos al respecto hacen que cada centro utilice aquella técnica que tenga a su disposición o con la que estén más familiarizados el cirujano y/o patólogo. Trataremos de realizar una revisión de estas modalidades y de sus indicaciones en melanoma, así como de sus ventajas e inconvenientes. Todo ello desde la perspectiva tanto del dermatólogo como del patólogo, resaltando la importancia de una buena comunicación entre ambos especialistas. Además discutimos algunos casos de experiencia propia, seleccionados de entre más de

40 casos de melanoma intervenidos con cirugía controlada al microscopio en los últimos 5 años.

2. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

B. Llombart

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

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia cutánea infrecuente. Se trata de un adenocarcinoma intraepitelial que se presenta en áreas ricas en glándulas apocrinas. La localización más frecuente es la vulva, seguida de la región perianal, el escroto y la axila. La EPEM afecta con más frecuencia a mujeres caucásicas entre 50 y 80 años. La lesión al inicio es eritematosa, eccematosa o erosiva y de márgenes imprecisos. Posteriormente, las lesiones adquieren un aspecto más característico con bordes mejor definidos. Las lesiones ocasionan prurito, escozor, dolor o pueden ser asintomáticas. El diagnóstico de EPEM debe acompañarse de la búsqueda de una neoplasia digestiva o urogenital subyacente ya que la EPEM primaria y la secundaria a una neoplasia subyacente comparten la misma histología y actualmente no existe ningún marcador inmunohistoquímico que las diferencie. Al ser un tumor poco frecuente no existe un protocolo establecido para el tratamiento y seguimiento, constituyendo un reto en la práctica clínica. El tratamiento de elección de la EPEM es la extirpación quirúrgica. Sin embargo, las altas tasas de recidiva tras cirugías con amplios márgenes (20-60%) o incluso con cirugía micrográfica de Mohs (12-28%) demuestra su naturaleza multifocal y como la EPEM se extiende mucho más allá de lo clínicamente visible. Biopsias múltiples de toda la zona sospechosa pueden ayudar a delimitar mejor la extensión de la enfermedad antes de iniciar la cirugía. La biopsia de ganglio centinela puede ser útil en la EPEM invasiva ya que la afectación ganglionar aparece en el 15% de estos casos. En la EPEM confinada a la epidermis y sin neoplasia subyacente asocia-

da, especialmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico y lesiones de gran tamaño, los tratamientos tópicos tipo el imiquimod al 5%, el 5 fluoruracilo o la terapia fotodinámica son armas terapéuticas a considerar. Estos tratamientos tópicos permiten actuar sobre la enfermedad subclínica pero presentan un índice de recidivas o fracasos terapéuticos muy altos (50-80%). La EPEM in situ presenta una supervivencia que supera el 90% a los 5 años, sin embargo, la supervivencia empeora drásticamente en la EPEM con invasión dérmica o cuando existen neoplasias asociadas.

3. QUERATOACANTOMAS MÚLTIPLES ESPONTÁNEOS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SUBAGUDO

M.E. de las Heras Alonso^a, L. Ríos Buceta^a y R. Carrillo Gijón^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Presentamos el caso de una mujer de 66 años, con antecedente de epiteloma basocelular tipo sólido en cara. La paciente era hipertensa en tratamiento con atenolol y amilodipino, así como simvastatina. Consultó en septiembre de 2013 por un cuadro de lesiones cutáneas de tres meses de evolución que se iniciaron en dorso de antebrazos y manos, generalizándose a tronco y extremidades inferiores. Se realizaron dos biopsias cutáneas que confirmaron el diagnóstico de lupus eritematoso. En la analítica se detectaron ANAs negativos con anti-Ro positivos. Fue diagnosticada de lupus eritematoso subagudo, de probable origen medicamentoso. Se suspendió tratamiento con atenolol y se mantuvo resto de medicación, iniciándose tratamiento con Dolquine comprimidos (200 mg) cada 12 horas. No se encontraron datos de lupus eritematoso sistémico ni de síndrome de Sjögren. En noviembre de 2013 se detectaron en la exploración lesiones nodulares de pequeño tamaño localizadas en parte superior de espalda, dorso de muslo izquierdo, predominando en ambos miembros inferiores. La paciente refería intenso prurito asociado. Algunas lesiones fueron creciendo y en febrero de 2014 se extirpó nódulo pretibial derecho con AP de queratoacantoma y en mayo de 2014 nódulo doloroso gemelar derecho con AP de queratoacantoma. Las lesiones de lupus mejoraron desde enero de 2014 con tratamiento de Dolquine que se disminuyó a 200 mg una vez al día. Desde junio de 2014 los queratoacantomas se mantuvieron estables con regresión de algunos de ellos. Se discute la relación entre queratoacantomas múltiples y el lupus, así como las opciones terapéuticas en este caso que incluyen observación, retinoides sistémicos, cirugía y vendaje compresivo en espiga, entre otros.

Bibliografía

- Dessoukey MW, Omar MF, Abdel Dayem H. Eruptive keratopocanthomas associated with immunosuppressive therapy in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:478-80.
- Nofal A, Nofal E. Multiple eruptive keratocanthomas: A confusing term?. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11:756.
- Stavrianeas NG, Katoulis AC, Stratigeas NP, et al. Eruptive multiple keratocanthomas of the extremities. *Acta Derm Venereol.* 1998;78:228-9.

Comunicaciones orales y vídeos

1. NUEVA APLICACIÓN DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUELOIDES

M.J. Suárez Valladares, M.G. Pérez Paredes, P. Sánchez Sambucety y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: Los queloides son tumoraciones fibrosas benignas que se extienden más allá del proceso reparativo. Pueden ser asintomáticas, aunque la mayoría presentan prurito y dolor además de tener un impacto funcional, estético y psicosocial en el paciente. Es una patología de difícil manejo por la refractariedad de los tratamientos, por lo que no existen protocolos aceptados para su manejo. A continuación proponemos nuestra alternativa terapéutica. **Casos clínicos:** Presentamos varios casos clínicos de cicatrices queloides en diferentes localizaciones. Los pacientes fueron tratados primero con aplicación de ALA, bien de forma tópica (gel formulado) o intralesional (lío-filizado). Posteriormente fueron irradiados de manera externa o intralesional con luz láser de 630 nm. Los resultados obtenidos, como se puede apreciar en la presentación, han sido exitosos.

Discusión: Los queloides son cicatrices anormales producidas por una alteración en el metabolismo del colágeno, con acúmulo de tejido en la zona de reparación. Su tratamiento es muy complicado, probablemente por el desconocimiento de su etiología. La técnica empleada por excelencia actualmente es la infiltración de corticoides en la cicatriz, con una elevada tasa de recidiva. Además se han empleado otros tratamientos como la cirugía, la radioterapia, la crioterapia, los parches de colágeno y otras alternativas, incluyendo la combinación de varias técnicas. Lo cierto, es que existen muchas opciones pero con resultados poco exitosos. Por ello, proponemos el empleo de ALA junto al láser de luz roja como una alternativa esperanzadora para el tratamiento de estas lesiones.

2. TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL EN HIDROSADENITIS SUPURATIVA FISTULIZANTE. RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES A MÁS DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M.G. Pérez Paredes, B. González Sixto, H.A. Cocunubo Blanco, M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: La hidrosadenitis supurativa (HS) es un proceso inflamatorio crónico de localización en grandes pliegues (axilas, ingles, región mamaria y glútea). La tendencia actual apunta a un origen autoinflamatorio donde la hiperqueratosis y ruptura del folículo piloso juegan un papel fundamental. Se caracteriza por la formación de nódulos recidivantes, con evolución progresiva a fistulas. Actualmente no existe un tratamiento médico potencialmente eficaz y las cirugías utilizadas son frecuentemente mutilantes y raramente resolutivas.

Material y métodos: La terapia fotodinámica (TFD) a través de un mecanismo dual puede tener un papel en esta patología; sin embargo, la técnica convencional fracasa debido a la falta de penetrancia tanto del fotosensibilizante como de la fuente de luz.

Resultados: Presentamos nuestra experiencia en 39 pacientes con HS fistulizante en axilas, región mamaria, inguinal y glútea que, tras valoración previa por eco-Doppler, se realizó tratamiento mediante TFD con ácido 5-aminolevulinico intralesional, aplicando, mediante fibra óptica, luz roja tras incubación de tres horas. Los resultados de eficacia fueron evaluados mediante escala de Sartorius modificada y escalas de calidad de vida (DLQI), la tolerancia de la técnica mediante escalas analógicas del dolor y la seguridad mediante monitorización y seguimiento clínico. Los resultados fueron estratificados según respuesta obteniendo 14 respuestas completas (75-100%), 17 respuestas buenas (50-75%) y 8 respuestas parciales (25-50%), obteniendo mejoría en las zonas tratadas en todos los casos, siendo además en general una técnica bien tolerada. Analizaremos distintos factores que pueden influir en el éxito de la técnica.

nica o la necesidad de más de una sesión como son la localización y el número de fístulas.

Discusión: La TFD aplicando fotosensibilizantes tópicos se ha utilizado en HS con resultados poco concluyentes. En el caso de la TFD intralesional, el fotosensibilizante inyectado y la luz canalizada facilitan su actividad "in situ" otorgándole más selectividad y efectividad a la técnica.

Conclusiones: Pensamos que la TFD intralesional puede ser una alternativa eficaz para el tratamiento de la HS fistulizante donde otras terapias han fracasado y en aquellos casos donde la opción quirúrgica es agresiva y con mayor riesgo de efectos adversos. Futuros estudios randomizados, doble ciego, comparando otras fuentes de luz y con más pacientes podrán situar la técnica dentro del algoritmo terapéutico de esta enfermedad tan invalidante.

3. TERAPIA FOTODINÁMICA CON METIL-AMINOLEVULINATO Y LUZ DE DÍA PARA TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN

L. Pérez-Pérez^{a,b} y J. García-Gavín^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo. ^bPérez & Gavín Dermatólogos. Vigo. España.

Introducción: La enfermedad de Bowen es una neoplasia cutánea maligna frecuentes en los pacientes de edad avanzada. Su tratamiento incluye diferentes alternativas, entre las que figura la terapia fotodinámica, con unas tasas de curación elevadas y un resultado estético muy satisfactorio. Recientemente, la terapia fotodinámica con luz de día y metil-aminolevulinato (MAL) ha sido desarrollada para el tratamiento de las queratosis actínicas y el campo de cancerización, con resultados similares a la técnica convencional. Sin embargo, su eficacia en el tratamiento de la enfermedad de Bowen no ha sido establecida hasta el momento.

Casos clínicos: Caso 1: una paciente de 77 años de edad consultó por una placa eritematosa asintomática de superficie parcialmente erosiva y 25 x 18 mm de tamaño, localizada en la pierna derecha. Caso 2: una paciente de 85 años de edad consultó por una lesión hiperqueratósica redondeada, de 3 cm de diámetro en la mano derecha. Las lesiones eran clínicamente compatibles con una enfermedad de Bowen y en ambos casos se realizó una biopsia para confirmación histológica. Se realizó tratamiento con dos sesiones de terapia fotodinámica con MAL 16% en crema (Metvix crema, Galderma S.A.; Madrid, España) y luz de día. Tres meses después del tratamiento, se observó la curación clínica de las lesiones y se confirmó su resolución histológica.

Conclusiones: Actualmente, la terapia fotodinámica con luz de día es una alternativa segura y eficaz a corto y largo plazo para el tratamiento de las queratosis actínicas. Además, ha mostrado buenos resultados para el tratamiento de queilitis actínicas, carcinoma basocelular y leishmaniasis. Las dos pacientes presentadas mostraron respuesta clínica e histológica completa después de un ciclo de tratamiento con MAL y luz de día. A la vista de los resultados observados, la terapia fotodinámica con luz de día emerge como una alternativa segura, eficaz y cómoda para el tratamiento de pacientes seleccionados.

4. TERAPIA FOTODINÁMICA EN CARCINOMAS BASOCELULARES DE PÁRPADOS

C. Serra, B. Llombart, C. Requena, O. Sanmartín, E. Nagore y C. Guillen

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

La terapia fotodinámica (TFD) es una técnica de amplia experiencia en Dermatología para el tratamiento de ciertos carcinomas basocelulares (CBC). Su empleo en CBC localizados en el párpado, aunque

ha sido publicado en varios trabajos, puede ser motivo de controversia por los efectos secundarios o la contraindicación que puede suponer el empleo de TFD en esta localización comprometida. Presentamos nuestra experiencia de 12 casos de CBC en los párpados, en pacientes con contraindicaciones relativas a una intervención quirúrgica o que mostraron su desacuerdo al tratamiento quirúrgico. De los 12 pacientes, 6 tuvieron respuesta completa, 4 respuestas parciales y 2 pacientes respuesta dudosa. Como conclusión, la TFD puede ser una alternativa terapéutica en ciertos pacientes seleccionados con CBC en los párpados.

5. ABSORCIÓN DE LA LUZ LÁSER 630 NM

M.J. Suárez Valladares, R. Serra y M.A. Rodríguez-Prieto

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

Introducción: Para la realización de la terapia fotodinámica (TFD) se necesita una sustancia fotosensibilizante y una luz afin a su espectro de absorción. La capacidad de penetración de la luz en el tejido es algo poco investigado. Por ello hemos realizado un estudio para medir la cantidad y la profundidad de absorción de nuestro láser dentro de los tejidos.

Material y métodos: Hemos medido la cantidad de penetración de la luz en cuatro patologías diferentes: hidrosadenitis supurativa, carcinomas basocelulares y queloides. Hemos empleado un láser diodo con luz de alta densidad de potencia y una longitud de onda de 630 nm. Las lesiones fueron tratadas a 1 W de potencia y dos formas de administración, intralesional con una fibra óptica o externa mediante un aplicador. La cantidad de energía no absorbida fue registrada con una sonda isotrópica, situada en la parte posterior de la lesión y conectado a un fotodiodo capaz de leer valores de hasta 1 nW.

Discusión: La principal limitación de la TFD es la poca penetración de la sustancia fotosensibilizante y de la luz dentro del tejido. Por ello, recientemente, se han realizado estudios con aplicación de ambas técnicas de forma intralesional, mejorando mucho los resultados obtenidos. En nuestro estudio hemos medido la capacidad de penetración de esta luz en los tejidos de las patologías anteriormente expuesta. También hemos correlacionado estos datos con los resultados clínicos obtenidos. Los resultados obtenidos resaltan que la cantidad de energía absorbida es mayor en presencia del fotosensibilizante y que también guarda relación con las reacciones producidas en el tejido tras la aplicación de la luz.

Conclusiones: Aportamos nuestros resultados de absorción y penetración de la luz en el tejido de diversas patologías dermatológicas. El estudio fue realizado con un láser de 630 nm. También lo hemos correlacionado con las respuestas clínicas obtenidas.

6. CARCINOMA BASOCELULAR TRATADO MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA INTRALESIONAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO

M.G. Pérez Paredes, B. González Sixto, M.A. Rodríguez Prieto, M.J. Suárez Valladares y L.M. Valladares Narganes

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

Introducción: El tratamiento de elección en el carcinoma basocelular (CBC) es la cirugía, sin embargo en aquellos pacientes de avanzada edad, con múltiples comorbilidades y tratamientos asociados, se pueden beneficiar de otras alternativas terapéuticas. La terapia fotodinámica (TFD) en el carcinoma basocelular (CBC) está actualmente limitada al CBC superficial, debido a la limitada absorción tópica del fotosensibilizante. La inyección intratumoral del mismo, asociado a la irradiación de un láser diodo, mejora la efectividad de esta técnica. Presentamos los resultados a largo plazo de

la utilización de la TFD intralesional (TFDil) en CBC menores de 14 mm.

Material y métodos: Se trataron 20 pacientes diagnosticados de CBC mediante biopsia, con un grosor mayor de 3 mm, con ácido 5-aminolevulínico (5-ALA) al 1% intratumoral. Tras un período de incubación de 3 horas, se irradió la zona con un láser de diodo (630nm) aplicado a través de una fibra óptica, con una fluencia de 1W/cm², durante 4 minutos. Tres meses después, se realizó una biopsia de control.

Resultados: La media de edad de los pacientes tratados es de 81,5 años (60-91), predominando el sexo masculino (12: 8), la localización más frecuente era la nasal, seguida de la malar. En cuanto a las características tumorales: el grosor tumoral medio era de 5 mm (3-14), medido mediante ecografía, y el diámetro medio era de 11,5 mm (6-20). Tras años de seguimiento no ha habido recidiva tumoral.

Discusión: La inyección intratumoral de 5-ALA, asociado a la aplicación de un fuente de luz, consigue mejorar la penetrancia y efectividad de la sustancia fotosensibilizante, consiguiendo realizar una necrosis selectiva del CBC, alcanzando la curación tumoral en el 100% de los pacientes tratados.

Conclusiones: La TFDil es una buena alternativa a la cirugía, en aquellos pacientes, no candidatos a tratamiento quirúrgico, ofreciendo unos buenos resultados clínicos y estéticos.

7. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN LA COMISURA ORAL

M.M. Otero Rivas, T. Alonso Alonso, M.G. Pérez Paredes y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: La misión principal de la cirugía dermatológica oncológica es la extirpación completa del tumor cutáneo. Tras ello se procede a la reconstrucción del defecto intentando preservar la funcionalidad y la estética. Los labios son una estructura en tres capas, mucosa, músculo y piel que cumplen un importante papel como esfínter oral y puerta de entrada del aparato digestivo, además de colaborar en la función fonatoria. Por su situación central y la coloración del bermellón son un referente clave en la estética facial.

Casos clínicos: Presentamos una propuesta de algoritmo reconstructivo ejemplificada mediante distintos defectos quirúrgicos situados en la comisura bucal y la solución reconstructiva por la que se optó.

Conclusiones: La reconstrucción de la comisura oral supone un reto quirúrgico puesto que hemos de respetar la función esfinteriana y la simetría contralateral. Para ello es clave el conocimiento anatómico de la zona y una correcta exploración pre-quirúrgica. Nuestra propuesta de algoritmo quirúrgico pretende aglutinar las mejores opciones reconstructivas según las características del defecto.

8. INJERTO DE PIEL TOTAL EN LA TERCERA INTENCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS FACIALES

V. Ruiz Salas y J.R. Garcés Gatnau

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

Introducción: La reconstrucción por tercera intención o cierre primario diferido es una modalidad quirúrgica que, generalmente, es muy empleada en el tratamiento de heridas traumáticas con pérdida de tejido y alto riesgo de infección. En la reconstrucción de defectos quirúrgicos faciales tras cirugía limpia nos podemos plantear esta modalidad con el objetivo de reducir el diámetro lesional y facilitar la cobertura del defecto, ya que al realizar el injerto será

menor la cantidad de tejido utilizado y por ende, de forma indirecta, la cicatriz del defecto secundario.

Casos clínicos: Presentamos 6 casos clínicos de pacientes con defectos quirúrgicos faciales tras cirugía de Mohs, localizados a nivel frontal (n = 2), dorso nasal (n = 2) y malar o nasomalar (n = 2). En todos ellos se realizó cobertura del defecto con cera para huesos y la consiguiente granulación por segunda intención de la lesión durante un período medio de 2-3 semanas, realizando controles clínicos semanales. Posteriormente se procedió a la reconstrucción del defecto final mediante injerto de piel total, con buenos resultados cosméticos y funcionales.

Conclusiones: A la hora de plantearnos la tercera intención, hemos de tener en cuenta principalmente 4 aspectos: tamaño del defecto, localización, contexto clínico del paciente y el momento en el que realizaremos la reconstrucción del defecto quirúrgico resultante. Este último punto es uno de los más importantes, ya que la reparación debe realizarse antes de observarse una retracción que pueda repercutir en la estética y/o funcionalidad del área tratada.

9. UTILIDAD DE LOS COLGAJOS EN ISLA EN DIFERENTES LOCALIZACIONES

B. Bonaut, S. Oscoz, R. Santesteban, A. Larumbe y M.E. Iglesias

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Introducción: Los colgajos de pedículo subcutáneo, también denominados en isla, son sectores o islotes de epidermis y dermis sobre una columna elástica constituida básicamente por tejido graso que conforma el pedículo neurovascular y permite movilizar la isla cutánea en una determinada dirección de avance. Se emplean esencialmente para recubrir defectos cutáneos en la cara, especialmente en la proximidad del ala nasal.

Casos clínicos: Presentamos 9 casos quirúrgicos intervenidos en nuestro Servicio, en los que se realizaron colgajos en isla en diferentes localizaciones, reparando defectos de gran tamaño y algunos de ellos fueron útiles para reparar defectos de difícil reconstrucción.

Conclusiones: Hemos obtenido buenos resultados reconstruyendo defectos mediante colgajos de pedículo subcutáneo. La ventaja fundamental de estos colgajos es su simplicidad de ejecución y que además proporcionan un tipo de piel muy similar en color y textura a la que originalmente recubría el defecto primario.

10. NUEVA PROPUESTA QUIRÚRGICA EN TUMORES GLÓMICOS DE LOCALIZACIÓN SUBUNGUEAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

V. Flores Secilla, E. Herrera Acosta, G. Pérez Cabello y E. Herrera Ceballos

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

Introducción: El tumor glómico es un tumor vascular benigno, infrecuente, que deriva del aparato neuromioarterial (cuerpos glómicos), que se localiza en la dermis de cualquier región del tegumento. Hasta en el 80% de ellos se los localizan en extremidades superiores, siendo la topografía más frecuente la subungueal. El tratamiento de elección de este tipo de tumor subungueal es la extirpación quirúrgica completa, habiéndose descrito varias técnicas con distintos abordajes, dependiendo básicamente de la localización exacta del tumor en la unidad anatómica ungueal.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de pacientes femeninas, de mediana edad, con tumores glómicos solitarios subungueales. En el primer caso, la localización del tumor se determinó mediante RM, ya que era un tumor recidivante tras cirugía estándar. Asentaba a nivel de pulpejo de tercer dedo de mano derecha. El segundo caso

se localizaba en el centro del lecho ungueal, también en tercer dedo de mano derecha, no habiendo sido tratado previamente. En ambos pacientes se llevó a cabo un abordaje respetando la matriz ungueal. En el primero se realizó una incisión siguiendo todo el hiponiquio, con prolongación hasta ambos pliegues ungueales laterales. En el segundo, la incisión se realizó a lo largo de la curvatura de hiponiquio, con prolongación hacia uno de los bordes laterales. Independientemente del abordaje inicial, en ambos pacientes, se levantó un colgajo del lecho visualizándose el tumor y reseccándolo cuidadosamente. Se suturaron a la piel circundante, con la diferencia de que en uno de ellos se colocó de nuevo la lámina ungueal y en el otro no. El seguimiento se hizo al mes, a los 6 meses y al año. **Conclusiones:** En los últimos 10 años son varios los abordajes y técnicas quirúrgicas que se han propuesto para el abordaje de los tumores glómicos subungueales. Sin embargo, la mayoría de ellas llevan prácticamente implícitas ciertas complicaciones, como es la distrofia ungueal cuando se daña la matriz, sobre todo en el clásico abordaje transungueal, o la recidiva, en el caso de ciertas técnicas que no te permiten exponer bien el tumor, como en el abordaje mediante ventana en la lámina ungueal o los abordajes laterales. Por ello proponemos como opción, un nuevo abordaje siguiendo el borde del lecho, que proporciona una buena exposición del tumor y que respeta la matriz ungueal, con buena evolución en nuestra experiencia con dos pacientes.

11. INJERTO-TIRA DE CEJA COMO DONANTE EN MADARODIS TRAUMÁTICA EN PÁRPADO SUPERIOR

F. Alarcón Soldevilla^a, R. Ángeles Figueroa^b, M. Gessa Sorroche^b, A. Ruiz de Casas^a, F. Ildelfonso Mendonça^a y F. Camacho Martínez^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Dermatología; ^bUnidad de Gestión Clínica de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Las pestañas presentan características específicas que convierten en un reto su reconstrucción: su dirección paralela, su limitada longitud, la corta distancia entre ellas y la velocidad de crecimiento que es más lenta que la de los pelos de otras localizaciones. Se han propuesto algunas técnicas, no existiendo un procedimiento estándar hasta el momento.

Caso clínico: Paciente varón de 41 años sin antecedentes clínicos de relevancia que tras un accidente de tráfico presenta madarosis parcial de párpado superior por lo que nos propusimos reconstruirla a partir de un injerto-tira obtenido a partir de la ceja contralateral, aprovechando que el párpado ofrece un rico suministro sanguíneo que asegura su supervivencia obteniéndose un aceptable resultado estético y funcional.

Conclusiones: La reconstrucción de las pestañas del borde parpalar con un injerto-tira obtenido de la ceja es una técnica simple y segura que proporciona un aceptable resultado estético aprovechando su mayor similitud estructural y funcional con respecto a los pelos de otras localizaciones.

12. ¿PONER O NO PONER MÚSICA EN QUIRÓFANO? NO SOLO UNA CUESTIÓN DE AZAR

N. López Ibáñez, A. Ruiz de Casas, M. Morales Conde, D. Moreno Ramírez y F. Camacho Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Existen numerosas publicaciones que hacen referencia a los beneficios que aporta la música sobre la sensación de estrés y ansiedad que sufren los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos, pero hasta la fecha hay muy poca literatura al respecto sobre estos efectos en el personal sanitario que trabaja en quirófono. Basándonos en un estudio publicado en la revista *Injury*, hemos realizado un

cuestionario específico, dirigido fundamentalmente a cirujanos, anestesiistas y enfermeros, sobre los distintos aspectos que puede suponer escuchar música mientras realizan los procedimientos quirúrgicos. Posteriormente, se procedió al análisis estadístico de los resultados obtenidos y a su interpretación, valorando las variables edad, especialidad quirúrgica o tipo de procedimiento, entre muchas otras, y su relación con el hecho de escuchar música o no y el posible beneficio para potenciar la habilidad quirúrgica, la comunicación y la eficiencia en el personal sanitario que trabaja en el quirófono.

13. APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA DE MOHS EN EL CÁNCER DE PENE: REVISIÓN DE 6 CASOS

M.G. Pérez Paredes, M. García Sanz, H.A. Cocunubo Blanco, M.M. Otero Rivas y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El cáncer de pene representa un 0,4-0,6% de los cánceres en el hombre. De estos, el carcinoma espinocelular (CEC) supone el 95% de los casos. Cuando nos encontramos ante un CEC in situ, Ta y T1a hay múltiples opciones de tratamiento, entre ellas la cirugía micrográfica de Mohs (CMM).

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional de los CEC de pene extirpados mediante CMM, en nuestro hospital, desde el año 2010 hasta la actualidad.

Resultados: Se intervinieron un total de 6 varones, con una media de edad de 64,3 años (44-88), de los cuales dos habían sido previamente tratados sin éxito (uno con cirugía en dos ocasiones y otro con imiquimod). La mayoría estaban localizados en el glande y surco balano-prepucial y presentaban un tamaño medio de 3,75 cm, precisando una media de 2,5 pases de CMM para su extirpación completa. Tras la intervención, ninguno presentó complicaciones posquirúrgicas, la estancia media fue de 3,3 días y ninguno presentó recidiva, tras una media de 18,3 meses de seguimiento.

Discusión: Conocida es la eficacia de la CMM para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma. Sin embargo, probablemente por el desconocimiento de esta técnica por los especialistas que habitualmente tratan los tumores del pene, no es una técnica muy prodigada. Frente a la alternativa clásica (amputación) tiene la gran ventaja de ser un procedimiento efectivo, conservador y que nos ofrece la posibilidad de reconstrucción. El riesgo operatorio y postoperatorio es bajo, debido a que se suele hacer con anestesia local y las complicaciones nulas o escasas, debiendo prestar atención a la uretra para evitar su obstrucción. Como limitaciones resaltaremos que precisa de personal e instalaciones adecuadas, así como de más tiempo intraoperatorio.

Conclusiones: La CMM es una técnica, segura y eficiente para la extirpación del CEC, presentando baja tasa de recurrencia y ahorro de tejido, que redonda, en la calidad de vida del paciente.

14. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

M.J. Suárez Valladares, M.M. Otero Rivas, G. Pérez Paredes, H.A. Cocunubo Blanco y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: La exostosis subungueal es una patología poco frecuente. La mayoría de los pacientes sufren dolor local e incapacidad para la deambulación. Habitualmente asocia onicocriptosis por la presión ejercida sobre la matriz y lámina ungueal.

Casos clínicos: Presentamos varios pacientes con dolor en el primer dedo del pie, deformidad de la uña y dificultad para caminar. Además se observó una lámina ungueal plana con enclavamiento en los

pliegues laterales, formando una uña en pinza. Se decidió tratamiento quirúrgico, realizando una incisión cutánea-subcutánea a la altura del dorso de la última falange. Esto permitió levantar todo el aparato ungueal para exponer la exostosis que fue extirpada con una gubia, limando posteriormente la base. Se extirpó el exceso de tejido con dos semilunas laterales, aplanando el aparato ungueal y se suturó con seda de 3/0. El resultado funcional y estético fue satisfactorio.

Discusión: La exostosis subungueal es una entidad clínica definida cuyo origen suele ser reactivo a irritación crónica del periostio. Los pacientes frecuentemente acuden a la consulta del dermatólogo tras un peregrinaje por varias especialidades. Somos nosotros, especialistas de los anejos cutáneos, quienes debemos diagnosticar y tratar esta patología. El tratamiento de la exostosis subungueal tiene varias opciones quirúrgicas que implican su exéresis (técnicas de Landon, de Campbell, de Mercado) o incluso la amputación de la mitad distal de la falange (Lapidus) dependiendo de la magnitud de la lesión. Se ha de intentar mantener la integridad de la unidad ungueal para evitar distrofias permanentes.

Conclusión: La reparación de la exostosis ungueal puede ser compleja, pero con una cirugía bien diseñada, no debe suponer una dificultad para el dermatólogo. En los casos presentados se optó por la técnica de Mercado, de elección cuando no existe alteración de la lámina superficial. Se trata de una cirugía relativamente sencilla y poco cruenta para la matriz, evitando una deformidad futura.

15. COLGAJO FASCIOCUTÁNEO EN FORMA DE “CUERNO” PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN LAS PIERNAS

H. Cocunubo Blanco, L.M. Valladares Narganes, G. Pérez Paredes, M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El cáncer cutáneo localizado en las piernas es relativamente frecuente, especialmente en personas mayores y en mujeres, probablemente por una mayor fotoexposición. Una vez realizada la exéresis del tumor, si no es posible el cierre directo, los injertos suelen ser la opción quirúrgica más utilizada, ya que la mayoría de los colgajos locales suelen dar problemas de viabilidad, por la poca movilidad cutánea y el menor aporte sanguíneo en extremidades.

Material y métodos: Presentamos cinco casos de pacientes (4 mujeres y 1 varón), con tumores cutáneos en diferentes localizaciones y tamaños en las piernas, en los que se utilizaron colgajos fasciocutáneos en forma de “cuerno”. El colgajo se denomina así por la forma de su diseño. Una vez dibujado se diseña, de manera roma, uno de los lados (cóncavo), hasta la fascia muscular y por debajo de la misma, y seccionándola del otro lado (convexo), para conservar los vasos perforantes. Esto nos permite realizar el avance-rotación para cubrir el defecto. La sutura se cierra por planos.

Resultados: Todos los colgajos en “cuerno” fueron viables, con buenos resultados funcionales y estéticos. Sólo una paciente refería molestias musculares ocasionales en el gemelo.

Discusión y conclusiones: Aunque los injertos cutáneos en las piernas son una técnica relativamente sencilla y efectiva, pueden presentar como complicaciones la supervivencia, infección, difícil cicatrización y un pobre resultado estético. Dado que las extremidades son más propensas a traumatismos, la piel del injerto es más vulnerable que la cobertura mediante un colgajo. El colgajo en “cuerno” aprovecha el sistema vascular axial y perforante de las piernas, además la sección fascial favorece el avance, permitiendo el cierre de defectos grandes. Finalmente aporta un buen resultado funcional y cosmético, con mínimas complicaciones.

16. COLGAJO DE INTERPOLACIÓN MEDIOFRONTAL TUNELIZADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DEL ALA NASAL

D. Prades Almolda^a, M.G. Pérez Paredes^b, H.A. Cocunubo Blanco^b, T. Alonso Alonso^b y M.A. Rodríguez Prieto^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España. ^bServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos tras la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) en los tumores de pirámide nasal supone, a menudo, un gran desafío para el dermatólogo. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 87 años de edad que fue remitido para valoración quirúrgica de un carcinoma basocelular infiltrativo en el ala nasal derecha. A la exploración física, se observó una importante rinofima, con una lesión ulcerosa mal delimitada de aproximadamente 1,5 cm sobre el surco nasolabial. Se extirpó mediante CMM y se obtuvo un defecto, tras tres pases, que comprendió la práctica totalidad del ala nasal y la vertiente lateral nasal derecha. Para cubrir el defecto se diseñó un colgajo sobre la zona paramedial frontal derecha y se aseguró su correcta vascularización localizando previamente la arteria supratroclear mediante eco-Doppler. Se realizó una tunelización subcutánea por la pared lateral nasal mediante disección roma hasta comunicar la zona dadora con el defecto, y acto seguido, se rotó el colgajo y se deslizó por el túnel con la ayuda de una erina hasta encajar el colgajo sobre el defecto para proceder a su sutura. La curvatura del borde alar del colgajo se simuló plegando el borde libre distal mediante un punto reabsorbible. El defecto en la zona dadora se resolvió por sutura directa.

Conclusiones: El colgajo axial de interpolación mediofrontal clásico requiere de una segunda intervención para liberar el pedículo a las 2-3 semanas. En contrapartida, proponemos la realización de una tunelización de la pared lateral nasal para evitar este segundo tiempo quirúrgico. Al ser un colgajo axial, dispone de una excelente vascularización y un pedículo estrecho que ofrece una gran maniobrabilidad para su tunelización. Su principal complicación es la necrosis por la compresión del pedículo secundaria al edema de la zona tunelizada.

17. COLGAJO PARAMEDIAL FRONTAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE NARIZ Y DE PÁRPADO INFERIOR

A. López Gómez, J. Hernández Gil Sánchez, T. Salas García, M. Dorado Fernández y A. Hernández Gil Bordallo

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

Introducción: El colgajo paramedial frontal (CPF) es una modificación de los clásicos colgajos frontales. Presentamos dos pacientes en los que fue utilizado tras la extirpación de sendos carcinomas basocelulares nasal y palpebral inferior.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 79 años con deformidad nasal progresiva en los últimos años que presenta en punta nasal una placa esclerodermiforme con vasos abigarrados, clínica e histológicamente compatible con un carcinoma basocelular, que se extiende craneal y lateralmente, con clara infiltración del cartílago subyacente. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión en dos tiempos. En el primero, bajo anestesia general, se realiza extirpación radical de la lesión y reconstrucción del defecto mediante un CPF apoyado en cartílago auricular obtenido del hélix. A las tres semanas se secciona el pedículo del colgajo. Caso 2: mujer de 86 años que presenta un carcinoma basocelular en párpado inferior derecho que afecta medialmente a sus tres cuartas partes. Se realiza extirpación del mismo en dos tiempos. En la primera intervención, bajo anestesia local, se realiza extirpación radical del tumor y se repara el defec-

to mediante un CPF de pedículo contralateral, con injerto de mucosa oral para sustituir la conjuntiva tarsal. Tres semanas después se realiza la sección del pedículo. En ambos casos los resultados oncológicos y cosméticos han sido buenos.

Conclusiones: El CPF es una variante del clásico colgajo frontal, que difiere de este en que utiliza un pedículo axial más estrecho, pediculado en la arteria supratroclear contralateral al defecto. Esto conlleva una reducción de la cicatriz en la zona donante, da una mayor rotación al colgajo y permite diseñar colgajos largos y distantes de la zona a reconstruir, bien sea en su indicación clásica para cubrir defectos grandes nasales como para otras zonas donde ha sido menos utilizado, como el párpado inferior, con excelentes resultados.

18. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DEL LABIO

T. Salas García, M. Dorado Fernández, A. López Gómez, J. Hernández Gil Sánchez, C. Brufau Redondo, A. Ramírez Andreo y A. Hernández Gil Bordallo

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

Introducción: Los labios constituyen estructuras de gran importancia funcional y estética que puede ser alterada por traumatismos y tumores malignos y benignos. Además tienen una gran complejidad anatómica, siendo estructuras móviles, formadas por un plano mucoso, un plano cutáneo y otro plano muscular. Por su localización, reciben gran cantidad de radiación UV lo que hace que asienten sobre ellos un gran número de carcinomas.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 68 años con carcinoma epidermoide en región central de labio inferior. Tras la exéresis del tumor, se realizó reparación del defecto mediante colgajo de Karapandzic unilateral. Caso 2: varón de 57 años con carcinoma epidermoide en labio inferior que afectaba a la región central y lateral derecha. Se realizó exéresis del tumor y reparación del defecto mediante colgajo por deslizamiento y otro de transposición. Caso 3: mujer de 60 años con carcinoma basocelular localizado en filtrum. Se reparó el defecto mediante colgajo de avance perialar en semiluna tras la exéresis del tumor. Caso 4: mujer de 70 años con carcinoma basocelular en labio superior. Tras la exéresis del tumor se reparó el defecto quirúrgico mediante colgajo de Bernard-Burow. Caso 5: varón de 63 años con carcinoma epidermoide en labio inferior. Tras la exéresis de dicho tumor, se reparó el defecto quirúrgico mediante colgajo de avance de bermellón.

Conclusiones: La causa más frecuente de defectos del labio, sobre todo del inferior, es la tumoral. Generalmente los defectos menores del 30% se pueden reparar mediante escisión y sutura directa, siendo una cirugía común en nuestra práctica diaria. Los defectos mayores necesitarán de la realización de colgajos para su reconstrucción. En cirugía oncológica, la extirpación completa del tumor prima sobre el resto de consideraciones. Posteriormente, el principal objetivo en la reconstrucción labial será mantener la funcionalidad y la estética. Presentamos diversos casos vistos en nuestro servicio con lesiones localizadas en el labio y la reparación quirúrgica realizada tras la exéresis de estas.

19. COLGAJO EN ESPIRAL LOGARÍTMICA PARA DEFECTOS CIRCULARES Y OVALADOS EN PIRÁMIDE NASAL. UNA SERIE DE 15 CASOS

E. Moreno Artero, M. Ivars Lleó, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad Alonso y P. Redondo Bellón

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Introducción: El colgajo en espiral logarítmica, útil en el cierre de defectos con morfología circular u ovalada localizados en la pirámi-

de nasal, se diseña desde uno de los bordes de la herida como un pedículo que, a modo de espiral, va aumentando progresivamente su radio. Este pedículo puede ser superior o inferior, cada uno de los cuales puede tener, a su vez, rotación medial, es decir, paralela al dorso nasal, o lateral, esto es, perpendicular al dorso nasal. Así pues, existen cuatro opciones de colgajo en espiral logarítmica; sin embargo, los de pedículo inferior tienen un uso mucho más limitado que los de pedículo superior, puesto que están indicados sólo para los defectos más superiores, alejados del ala nasal, y porque en función de su tamaño y diseño pueden traccionar del ala y dar lugar a un resultado estético asimétrico.

Casos clínicos: Presentamos una serie de 15 pacientes con carcinomas basocelulares en la pirámide nasal en los que el defecto cutáneo, tras la exéresis quirúrgica, es corregido mediante diferentes opciones de colgajo en espiral logarítmica.

Conclusiones: Proponemos el colgajo en espiral logarítmica como una opción muy útil y con buen resultado estético en el cierre de defectos circulares u ovalados de la pirámide nasal.

20. RECONSTRUCCIÓN EN UN ÚNICO TIEMPO DE GRANDES DEFECTOS NASALES

M. Ivars Leó, E. Moreno Artero, M. Lera Imbuluzqueta, I. Bernad y P. Redondo

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra. España.

Introducción: Presentamos dos casos de reconstrucción de un gran defecto nasal en un único tiempo. En ambos casos se utilizó un colgajo de avance pangeniano para cerrar parte del defecto así como para cerrar el área descubierta generada por el movimiento del primer colgajo.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 84 años con recidiva de carcinoma basocelular en lateral izquierdo, ala y punta nasal, remitida para cirugía de Mohs. Tras la extirpación de la lesión, el defecto sobrepasa la línea media nasal y expone los huesos propios de la nariz. El defecto se reconstruye mediante un colgajo de trasposición digitiforme del surco nasolabial que se pliega sobre sí mismo e incorpora un cartílago en semiluna del antehélix. El defecto generado tras el desplazamiento, se cierra mediante un colgajo de avance pangeniano, dibujado en la línea infrapalpebral hasta el canto externo. Caso 2: varón de 73 años con persistencia profunda de carcinoma basocelular en lateral nasal derecho, remitido para cirugía de Mohs. Tras la extirpación del defecto, queda expuesto el maxilar nasal, los huesos propios y los cartílagos nasales. El defecto se cubre en su parte lateral mediante un colgajo de avance pangeniano dibujado en la línea infrapalpebral hasta el canto externo. El colgajo requirió en su diseño, un huso ovoide de descarga, a lo largo del surco nasolabial. En su porción medial, el defecto se cubrió con un colgajo digitiforme de trasposición del puente nasal que llegó casi hasta el canto interno contralateral.

Conclusiones: Presentamos dos casos de reconstrucción de grandes defectos nasales en un solo tiempo, empleando dos técnicas quirúrgicas distintas que comparten el colgajo de avance pangeniano. En los dos casos se decide cubrir la zona extirpada mediante un colgajo en lugar de un injerto, dada la exposición de periostio y/o pericondrio. Proponemos un colgajo de trasposición de puente nasal, no descrito previamente. Aunque a priori vaya en contra del diseño anatómico tradicional, se trata de un colgajo seguro y útil para reconstruir el lateral de la nariz en pacientes con un puente nasal amplio.

21. COLGAJO BILATERAL DE AVANCE-ROTACIÓN DE MUCOSA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO LABIAL

N. Eiris Salvado, M.J. Suárez Valladares, M.G. Pérez Paredes, H.A. Cocunubo Blanco y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El bermellón es una de las estructuras topográficas más importantes del área facial, y su preservación debe de ser una de las múltiples consideraciones del cirujano a la hora de tratar lesiones tumorales en el área labial.

Caso clínico: Paciente de 80 años con una lesión hiperqueratósica en el labio inferior correspondiente a un carcinoma escamoso in situ. Su extirpación con márgenes de seguridad deja un defecto de espesor parcial de aproximadamente 1/3 del labio y todo el bermellón desde la línea blanca hasta el comienzo de la mucosa. Para la reconstrucción se realiza un doble colgajo de avance rotación de la mucosa y bermellón, manteniendo una única incisión continua visible a lo largo de la línea blanca y corrigiendo el exceso de tejido redundante en la zona mucosa.

Conclusiones: Los colgajos de avance de la mucosa son los más utilizados para la reconstrucción de defectos superficiales del bermellón, incluso en aquellos de gran longitud como los creados tras una bermellectomía. Permiten una reconstrucción rápida del bermellón con la mucosa bucal, pero tienen como desventaja el estrechamiento del labio, la diferencia en color y espesor del tejido aportado y la distorsión de la línea blanca. Nuestra solución, al incluir solo una incisión secundaria, permite un menor tiempo quirúrgico y una recuperación más rápida, la reducción del número de suturas y una vascularización asegurada gracias al gran pedículo del colgajo. Además, se mantiene el tejido del bermellón en la parte visible del labio y se reconstruye la línea blanca de este manteniendo la homogeneidad, ya que nos movemos en la misma unidad estética.

22. COLGAJO EN ISLA PEDICULADO TUNELIZADO DE ARTERIA FRONTAL

M. Lamoca Martín, G. Pérez Paredes, H.A. Coconubo Blanco, M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: Un colgajo cutáneo consiste en el trasplante de piel y tejido celular subcutáneo. El pedículo puede poseer un patrón vascular aleatorio (colgajos cutáneos randomizados o al azar) o una vascularización basada en una arteria principal (colgajos cutáneos axiales). Los colgajos cutáneos arteriales, también llamados pediculados o axiales, consisten en la incorporación de una arteria septocutánea dentro de su eje longitudinal, nutriéndose, por lo tanto, de vasos directos cutáneos que son ramas del sistema vascular fasciocutáneo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 55 años que presentaba un lentigo maligno localizado en la mejilla izquierda. Tras la extirpación completa de la lesión, se realizó un colgajo en isla pediculado tunelizado de arteria frontal, que ofreció una correcta reconstrucción del defecto tanto cosmética como funcional.

Conclusiones: Sus características anatómicas así como sus ventajas e inconvenientes.

23. CARCINOMA ESCAMOSO EN EL LABIO: ¿EXISTE ALGÚN FACTOR PARA PREDECIR SU AGRESIVIDAD?

J. Herrerías Moreno^a, M. yébenes^a, R. Posada^b, R. Ballester^b y A. Sáez^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Introducción: La mayoría de los carcinomas escamosos (CE) tienen un comportamiento benigno, con una supervivencia global a los 5 años tras la resección del 90%. Existen diferentes factores que

empeoran el pronóstico de los CE entre los que se encuentra la localización.

Objetivos: Analizar la experiencia de nuestro centro en el manejo diagnóstico terapéutico en el CE de labio.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en forma de serie de casos de CE de labio diagnosticados entre 2003 y 2013 en nuestro centro. De cada uno de los casos se recogieron datos epidemiológicos así como características histológicas, actitud diagnóstico-terapéutica y seguimiento.

Resultados: Se recogieron 57 pacientes (84,2% hombres, 15,8% mujeres). La media de edad fue de 73 años. El 82,5% de los CE asentaban sobre queratitis actínica y un 57,9% infiltraban hasta el músculo orbicular del labio. Los CE moderadamente y mal diferenciados eran los predominantes. Al 59,64% de los pacientes se les realizó TAC de estadiaje. Todos estos pacientes presentaban un CE mayor a 1 cm. Solo 5 pacientes presentaron adenopatías en el diagnóstico o durante el seguimiento. La tasa de recidivas fue del 12,28%, pese a haber conseguido en todos los casos la exéresis completa. El 71,4% presentó además metástasis a distancia en forma de adenopatías. Sin embargo, solo 3 de los pacientes de toda la serie murieron por causa directamente relacionada con el CE (5,2% del total).

Conclusiones: El 80% de los CE de labio metastásicos de nuestra serie tiene un tamaño inferior al estipulado como riesgo en la literatura (< 1,5 cm vs 2 cm). Curiosamente, solo el 10% de estos eran pobremente diferenciados (se ha descrito que hasta el 40% de estos metastatizan). La tasa de mortalidad de nuestra serie fue superior a la descrita en la literatura para CE en general (5,2% vs 1%).

24. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

A. Ruiz De Casas, N. López Ibáñez, F. Alarcón Soldevilla, D. Moreno Ramírez y F. Camacho Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es, en conjunto, la neoplasia más frecuente, y aunque tiene baja mortalidad, puede repercutir negativamente en la calidad de vida de los pacientes. El impacto del diagnóstico de la enfermedad, así como las secuelas de su tratamiento, provoca ansiedad, depresión, sensación de vulnerabilidad, problemas sociales y de alteración de la autoimagen. Entre las herramientas que permiten evaluar dicha morbilidad tenemos el DLQI (Dermatology Life Quality Index), que es un cuestionario de calidad de vida desarrollado en el Reino Unido en los años 90. Hemos utilizado este conciso test para objetivar la merma de calidad de vida que experimenta este importante grupo de pacientes, antes y después del tratamiento de su cáncer de piel. Presentamos los resultados obtenidos con este planteamiento, además de nuestra reflexión al respecto.

25. CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO EN EL ÁREA DE POBLACIÓN DOCTOR PESET, RELACIÓN CON LA HIPOXIA INTERMITENTE Y VARIABLE ALTO RIESGO

T. Díaz Corpas^a, R. Lera Álvarez^b, N. Rausell Fontestad^c, M. Morales Suárez Varela^d y E. Jordá Cuevas^e

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Neumología; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ^dUnidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat de València. CIBERESP: CIBER Epidemiología y Salud Pública. Valencia. ^eServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

Introducción: La incidencia del carcinoma epidermoide cutáneo está aumentando en las últimas décadas. Aunque el factor etiopa-

togénico más importante es la radiación ultravioleta, su etiología es multifactorial. Recientes publicaciones han mostrado que la hipoxia intermitente similar a la que encontramos en el síndrome de apnea e hipopnea del sueño (SAHS) está implicada en el desarrollo y progresión de tumores.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 18 meses de duración donde se han incluido pacientes con diagnóstico incidente de CEC en nuestra Área de Salud. Se recogieron datos clínicos, antropométricos, respiratorios, tumorales y a todos se les realizó una poligrafía respiratoria.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes (68,6% varones) de edad media $77,64 \pm 9,91$ años. La prevalencia de SAHS en nuestro estudio es del 49,2% (IC 95% 39,89-58,46); al comparar con el artículo publicado por Durán et al en 2001, que identifica una prevalencia de SAHS del 20%, obtenemos un riesgo de SAHS en población con CEC de 3,84 (IC 2,50-5,92), con una fracción atribuible del 74,0% (IC 95% de 60,0-83,1). Se identificaron 73 (61,9%) CEC de alto riesgo (CECAR). En cuanto a la exposición tabáquica, 42,5% de los CECAR eran fumadores respecto al 26,7% de bajo riesgo; el 30,1% de los CECAR presentaban exposición mayor de 20 a/p, respecto al 11,1% en los de bajo riesgo ($p = 0,034$).

Discusión: Identificamos por primera vez la importancia que puede tener el diagnóstico de SAHS en el desarrollo del CEC. Así mismo, encontramos una relación importante entre la intensidad de la exposición tabáquica y el desarrollo de un CECAR. Estos hallazgos plantean la necesidad de estudios futuros que relacionen la hipoxia intermitente con el desarrollo y la agresividad del CEC.

Conclusiones: Se identifica un riesgo de 3,84 de SAHS en pacientes con CEC, así como una exposición tabáquica elevada en los pacientes con CECAR.

26. HISTIOCIOMA FIBROSO CELULAR BENIGNO MULTICÉNTRICO CON UNA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL

E. Agut Busquet, J. Romani de Gabriel, J. Herreras Moreno, E. Sáez y J. Luelmo

Hospital Universitario de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Introducción: El diagnóstico de los tumores dérmicos supone un desafío tanto para el dermatólogo como para el patólogo ya que su clasificación es extensa y se encuentra en continua actualización, en relación con los avances de la inmunohistoquímica y de las técnicas moleculares y genéticas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 21 años que fue traído a nuestro Centro Hospitalario al poco de nacer para la valoración de una masa subcutánea que había aparecido en el muslo izquierdo durante su primer mes de vida. En aquel momento, se procedió a la extirpación quirúrgica y se obtuvo el diagnóstico anatomopatológico de hamartoma fibroso de la infancia. Durante los siguientes años de vida, la recurrencia del tumor precipitó repetidas reexéresis quirúrgicas. Consecuentemente, la lesión reapareció de forma multicéntrica, involucrando la práctica totalidad de la región latero-interna de la extremidad inferior izquierda, con informes anatomopatológicos que describían una proliferación miofibroblástica benigna inespecífica o un dermatofibroma. Recientemente, a los 20 años de edad, el paciente fue reevaluado y las últimas biopsias fueron consistentes con el hallazgo de un tumor miofibroblástico benigno que mostraba positividad para actina de músculo liso, negatividad para CD34 y para factor XIIIa, falta de expresión de c-Kit y de translocación cromosómica T (17;22). Una resonancia magnética de dicha extremidad excluyó afectación muscular y de estructuras profundas.

Conclusiones: Aunque clínicamente la lesión no pueda ser clasificada dentro de ningún subtipo conocido de dermatofibroma, los hallazgos microscópicos y sus características inmunohistoquímicas

son congruentes con un histiocitoma fibroso celular benigno. Hemos encontrado similitudes llamativas con un tumor previamente descrito por Leonard et al (Clin Exp Dermatol 2009;34:843-6) y creemos que estos dos casos podrían representar una forma de histiocitoma benigno multicéntrico asociado a una respuesta idiosincrática del huésped.

27. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA CERVICOFACIAL TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE

M. de Troya Martín, N. Blázquez Sánchez, I. Fernández Canedo, J.C. Toribio Montero y F. Rivas Ruiz

Servicio de Dermatología. Hospital Costa Del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: El estudio de la calidad de vida como medida de la salud adquiere especial relevancia en enfermedades crónicas de baja mortalidad y alta morbilidad como el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM).

Objetivos: Analizar el impacto en calidad de vida de los pacientes diagnosticados de CCNM cervicofacial tratados quirúrgicamente.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con CCNM cervicofacial intervenidos quirúrgicamente en el período de abril de 2009 a noviembre de 2011. Se administró el cuestionario de calidad de vida "Skin Cancer Index" adaptado al español en tres momentos del proceso asistencial (t0: confirmación diagnóstica, t1: 7 días tras la cirugía, t2: 5 meses tras la cirugía). Se determinó a puntuación global de la escala y sus componentes social-apariencia (C1) y emocional (C2), realizándose un análisis segmentado por sexo y edad.

Resultados: 88 de los 100 pacientes incluidos en el estudio completaron la encuesta en las tres evaluaciones, 54,8% hombres, edad media de 62,5 años (DE: 14,1). Las medias de puntuación para la escala total fueron de 59,2 (t0), 63,9 (t1), 75,3 (t2); para el componente C1 fue 79,4 (t0), 84,4 (t1), 90,5 (t2); y en componente C2 fue 31,0 (t0), 35,1 (t1), 54,1 (t2); hallándose diferencias significativas. En el análisis segmentado por sexo y por edad, se hallaron puntuaciones significativamente inferiores en todas las valoraciones en las mujeres y en los pacientes menores de 65 años.

Conclusiones: Primer estudio específico de calidad de vida en pacientes con CCNM cervicofacial desarrollado en nuestro país, que evidencia la magnitud del impacto psicosocial de la enfermedad. Hemos identificado un período crítico de riesgo (desde la confirmación diagnóstica hasta una semana tras la cirugía) y factores de vulnerabilidad (sexo femenino y edad menor de 65 años), información de gran utilidad para el diseño de estrategias de mejora de la atención sanitaria a estos pacientes.

28. MELANOMA DE VULVA. UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

O. Figueroa Silva^a, M.D. Sánchez Aguilar^a, M.M. Pereiro Ferreirós^a, C. Aliste^b y H. Vázquez Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción y objetivo: El melanoma es el segundo cáncer invasor más frecuente de la vulva. Presenta mal pronóstico, tendencia a la recurrencia local y desarrollo de metástasis a distancia. Nuestro objetivo fue analizar las características de los melanomas vulvares diagnosticados en nuestro hospital en un periodo de 14 años.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de melanoma en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, entre enero de 2000 y octubre de 2014.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 995 melanomas, de los cuales 4 se correspondían con melanomas de localización vulvar. La edad promedio de diagnóstico fue de 47 años (rango 18-86). Se localizaron principalmente en labio menor. El tipo clinicopatológico más frecuente fue el de melanoma lentiginoso. El espesor medio de Breslow fue de 3.185 mm. El 50% tenían enfermedad localizada y el otro 50% enfermedad a distancia. De las 4 pacientes a una se le realizó radioterapia paliativa, mientras que en los otros 3 casos tratamiento quirúrgico. De estos 3, en 2 se realizó ganglio centinela.

Discusión: De las 4 pacientes, 2 tenían una edad inferior a la media (26 y 18 años), presentaban enfermedad localizada, y en ambas la exéresis fue el tratamiento realizado. Las otras dos pacientes presentaban unas edades más acordes con la media (58 y 86 años), siendo diagnosticadas con enfermedad avanzada, realizando en una radioterapia paliativa y en la otra, tratamiento quirúrgico radical y posteriormente quimioterapia convencional e inmunoterapia.

Conclusiones: Sobre un total de 995 melanomas analizados en 14 años, hallamos un 0,4% de melanomas vulvares. Aunque hay pocos estudios prospectivos, dado la rareza de este subtipo de melanoma, se ha visto que una edad joven al diagnóstico, enfermedad localizada y ganglios negativos son factores de buen pronóstico. Nuestra estadística se corresponde con la referida en la literatura.

29. USO NEOADYUVANTE DE METOTREXATE INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO PRIMARIO DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO INFILTRANTE

R. Salido Vallejo^a, I. Cuevas Asencio^b, G. Garnacho Saucedo^a, C.M. Alcántara Reifs^a y A. Vélez García Nieto^a

^aServicio de Dermatología; ^bFarmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: El tratamiento quirúrgico del carcinoma escamoso cutáneo (CEC) puede producir importantes secuelas funcionales y estéticas debido a que asienta preferentemente en cabeza y cuello. La neoadyuvancia con metotrexate intralesional previa a la cirugía ha demostrado su utilidad en el queratocantoma disminuyendo el tamaño prequirúrgico y así la morbilidad de la intervención. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del metotrexate intralesional en la reducción del tamaño prequirúrgico del CEC infiltrante.

Material y métodos: Estudio ambispectivo, con una cohorte prospectiva (Grupo A) formada por los pacientes diagnosticados de CEC infiltrante a los que se infiltró metotrexate intralesional previo a la cirugía y una cohorte retrospectiva (Grupo B) seleccionada entre los pacientes sometidos a cirugía programada sin tratamiento neoadyuvante.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes en cada grupo sin mostrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características basales (sexo, edad, tamaño inicial, tiempo de evolución y localización del tumor). En el grupo intervención el área tumoral se redujo una media de 0,52 cm², mientras que en el grupo control aumentó 0,49 cm² de media. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de disminución del área tumoral, que fue de 23,48% y -19,12% en grupo intervención y control respectivamente. El grupo control precisó una reconstrucción compleja (colgajo/injerto) en el 51,16% de los casos por 37,21% de los casos infiltrados con metotrexate. No se observaron efectos adversos locales ni sistémicos derivados de la administración de metotrexate salvo molestias en durante infiltración en el 80% de los pacientes.

Conclusiones: El metotrexate intralesional neoadyuvante a la cirugía ha mostrado reducir el tamaño prequirúrgico del CEC. Este hecho podría representar una alternativa terapéutica útil de forma previa a cirugía para minimizar las posibles secuelas quirúrgicas y optimizar el tratamiento.

30. CARCINOMA ESCAMOCELULAR INESPERADAMENTE INVASIVO

T. Fernández Morano^a, I. Fernández Canedo^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, L. Romero Moreno^b y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^bServicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: El carcinoma escamocelular (CEC) es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente. Se considera de peor pronóstico el tamaño superior a 2 cm, más de 4 mm de profundidad, gran atipia, invasión perineural o aquellos localizados en ciertas áreas de la cabeza (párpados, labio, pabellón auricular y cuero cabelludo (CC). Estos casos suelen requerir un abordaje terapéutico multidisciplinar.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes de CEC múltiples en CC, uno de ellos extirpado con márgenes afectados en la medicina privada. Acudió a consulta con lesiones queratósicas en CC y puntos de sutura de la exéresis previa. No se palpaban adenopatías locorregionales. Fue incluido en lista quirúrgica para ampliación de márgenes y se trató el campo de carcinogénesis con terapia fotodinámica. El día de la intervención se observó una lesión tumoral nodular sobre piel atrófica mal delimitada interparietal de 1,5 cm. Durante la exéresis del tumor se evidenció la afectación de la calota y se decidió posponer la intervención a un segundo tiempo. Para evaluar el grado de invasión se realizó una ecografía cutánea de alta frecuencia (ECA) observándose una lesión hipoeoica muy vascularizada con disrupción de la tabla ósea. El TAC craneal mostró una lesión lítica de la calota que afectaba todo el grosor hasta la cortical interna y la RMN craneal descartó afectación meníngea. Posteriormente se extirparon ambas corticales con reconstrucción mediante colgajo de rotación. El estudio histológico postquirúrgico informó de infiltración perineural por lo que recibió radioterapia postoperatoria.

Conclusiones: Presentamos un caso de CEC de CC de crecimiento rápidamente progresivo e invasivo, en ausencia de criterios clínicos e histológicos de riesgo que lo hicieran predecir. Discutimos posibles factores desencadenantes de este inesperado comportamiento biológico, la complejidad del abordaje terapéutico y resaltamos el valor de la ECA como técnica de diagnóstico y planificación quirúrgica en estos casos.

31. EL CARCINOMA BASOCELULAR METASTÁSICO EXISTE

N. Blázquez Sánchez^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, M.I. Fernández Canedo^a, R. Fúnez Liéban^a y M. de Troya Martín^a

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

Introducción: Las metástasis de carcinoma basocelular son altamente infrecuentes, con tasas que varían entre 0,0028 y 0,55%. Su aparición suele precederse de recidivas locales y acontece con mayor frecuencia en ganglios linfáticos regionales, seguidos de localizaciones como el pulmón o el hueso. Los factores de riesgo asociados a un elevado riesgo de desarrollar un carcinoma basocelular metastásico incluyen el tamaño y el espesor tumoral, la presencia de ulceración local y/o recurrencia tumoral y la historia de irradiación de la zona afectada.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedentes de carcinoma basocelular infiltrativo en zona centrotorácica de gran tamaño (8 cm de diámetro mayor), extirpado mediante cirugía convencional con márgenes libres en enero de 2005. En marzo de 2014, tras pérdida de seguimiento, el paciente consulta por nueva lesión subcutánea axilar izquierda cuyo diagnóstico clínico e histológico fue de carcinoma basocelular. Las pruebas de imagen evidenciaron una tumoración de 3 cm, mal delimitada y que infiltraba planos musculares, sin afectación ganglionar. Se realizó entonces exéresis de la

lesión mediante estudio orientado de márgenes en diferido que requirió dos estadios, en el segundo de los cuales se detectaron adenopatías palpables en el campo quirúrgico que fueron extirpadas en el mismo acto. El estudio histológico de las piezas reveló márgenes de resección tumoral libres con el segundo pase quirúrgico, que incluía plano muscular y metástasis focales de carcinoma basocelular en uno de los 10 ganglios extirpados. Tras 6 meses de seguimiento no hemos detectado progresión tumoral.

Conclusiones: Presentamos un caso excepcional de metástasis ganglionar de un carcinoma basocelular. El caso expuesto representa un carcinoma de alto riesgo en el que la pérdida de seguimiento determinó un papel primordial en el retraso diagnóstico. Destacamos la importancia de identificar factores de riesgo de metastatización en pacientes con carcinoma basocelular con el fin de establecer pautas de seguimiento que permitan un diagnóstico precoz y con ello un aumento de la supervivencia de estos pacientes.

32. DOCTOR, ¿TENGO MELANOMA Y ME PALPO UN BULTO EN LA AXILA?

I. Fernández Canedo^a, N. Blázquez Sánchez^a, P. Valdés Solís^b, R. Fúnez Liébana^c y M. de Troya Martín^a

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

Introducción: La palpación de nódulos/masas subcutáneas en los territorios ganglionares de drenaje de pacientes con melanoma supone un signo de alarma tanto para el médico como para el paciente. En estos casos la ecografía adquiere un papel fundamental para el diagnóstico, abordaje y seguimiento.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 49 años con diagnóstico de melanoma estadio IB de la AJCC dorsal izquierdo que presentó nódulo subcutáneo axilar izdo. Caso 2: mujer de 46 años con diagnóstico de melanoma estadio IA de la AJCC dorsal izquierdo que presentó masa subcutánea mal delimitada axilar izda. En ambos casos se realizó una ecografía (Esaote, MyLab 25 con sonda lineal de 10 MHz) que puso de manifiesto imágenes hiperecoicas con reverberación posterior en "tormenta de nieve", características de siliconomas. Ambas pacientes presentaban entre sus antecedentes la intervención de prótesis mamarias.

Discusión: Aunque los siliconomas son una complicación poco frecuente de los implantes mamarios de silicona, debemos sospecharlos en caso de lesiones subcutáneas en pacientes con melanoma y antecedentes de prótesis mamaria. En este sentido, la ecografía supone una herramienta diagnóstica no invasiva a tiempo real que pone de manifiesto signos radiológicos distintivos de esta entidad diferenciándola de otros procesos como las metástasis en tránsito o las adenopatías metastásicas.

Bibliografía

Roman A, Sánchez L. Siliconoma. *Imagen Diagn.* 2011;2:75-6.
Ruiz A, Carvajo F, de León JM, Fernández P, Fernández M, Alfaro L. Siliconomas tras rotura de implantes mamarios de gel de silicona de alta cohesividad y Poly Implant Protheses. Revisión de indicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Senol Patol Mamar.* 2013.

33. RIESGO DE SEGUNDOS CÁNCERES CUTÁNEOS EN PACIENTES CON MELANOMAS CUTÁNEOS

R. Cabrera Fuentes, J.J. Domínguez Cruz, R. Díaz Moreno, T. Zulueta Dorado y J. Conejo-Mir Sánchez

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

Introducción: Los pacientes diagnosticados de melanoma cutáneo presentan mayor riesgo de desarrollar melanomas primarios subse-

cuentes y cánceres cutáneo no melanoma (CCNM) en comparación con la población general.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con melanomas cutáneos primarios (MMCP) seguidos en la Unidad de Melanoma del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Fueron incluidos los pacientes, sin genodermatosis predisponentes a padecer MMCP, diagnosticados de un primer MMCP entre enero de 2010 y diciembre de 2011. El objetivo principal del estudio fue determinar la frecuencia y cronología de la aparición de segundos MMCP durante un seguimiento de 3 años. Como objetivos secundarios se observaron la frecuencia y cronología de CCNMs tras la extirpación del primer MMCP.

Resultados: Se obtuvieron un total de 127 pacientes con un primer MMCP entre los años 2010 y 2011. La edad media fue de 56,22 ± 16,11 años y el 59,8% de la muestra fueron mujeres. Se excluyeron dos pacientes cuyo primer melanoma fue diagnosticado previamente al 1 de enero de 2010 y un paciente con xeroderma pigmentoso. El 7,1% (n = 9) de los pacientes presentaron un sucesivo CC (cáncer cutáneo). De estos pacientes el 44% (n = 4), que representaban el 3,1% del total de la muestra, presentaron un segundo MMCP. El 5,5% (n = 7) de los pacientes presentaron un CCNM, siendo en el 57,1% (n = 4) de los casos carcinomas basocelulares y en el 42,9% (n = 3) carcinomas espinocelulares. El 77,8% de los sucesivos CC y el 75% de los segundos MMCP aparecieron en el primer año de seguimiento.

Discusión y conclusiones: Los pacientes con el diagnóstico de MMCP llevan asociado un mayor riesgo de segundos MMCP que oscila entre el 1-8%. Los resultados obtenidos en nuestro estudio justifican que los pacientes diagnosticados de melanoma deben tener un seguimiento estrecho tras su diagnóstico, especialmente en el primer año, para la detección precoz de segundas neoplasias cutáneas.

34. CONCORDANCIA CLÍNICO-HISTOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DE QUERATOSIS ACTÍNICA

I. Longo^a, S. Arias Santiago^b, E. de las Heras^c, M. Fernández Guarino^d, J.L. López Estebanaraz^e, A. Toll^f, S. Vidal Asensi^a y C. Serra Guillén^g

^aHospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

^bHospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^dHospital Central de la Cruz Roja. Madrid. ^eFundación Hospital Alcorcón. Madrid. España. ^fHospital del Mar. Barcelona. España. ^gInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: El objetivo del estudio fue analizar el acuerdo entre el diagnóstico histológico (DH) de lesiones de queratosis actínica (QA) en función del grado de displasia y el diagnóstico clínico mediante la observación de imágenes clínicas (IC) y dermatoscópicas (ID).

Métodos: Se analizaron 16 lesiones de QA de 12 pacientes. Siete dermatólogos expertos evaluaron 16 IC, 16 ID y la combinación de IC+ID, que suponen una muestra de 336 evaluaciones de las características, clasificación clínica y sospecha del grado de displasia en cada caso. Las imágenes individuales se expusieron aleatoriamente en primer lugar y posteriormente en parejas IC+ID. El acuerdo entre la evaluación del dermatólogo y la confirmación histológica se evaluó mediante el coeficiente kappa de Cohen (k [mínimo-máximo]) y utilizando correlaciones no paramétricas de Spearman (r).

Resultados: El 75% de las lesiones fueron clasificadas como leves y según el DH un 62,5% presentaban displasia moderada. Solo la evaluación dermatoscópica mostró que algunos de los especialistas tienen niveles adecuados de concordancia con el diagnóstico histológico (k = 0,086 [0,275-0,448]), mientras que la IC y la IC+ID mostraron valores medios negativos. La determinación del nivel de acuerdo entre evaluadores mostró un coeficiente de correlación "r"

de entre 0,070 y 0,384 cuando se comparan entre sí, sin embargo esta correlación muestra un valor de -0,042 con los resultados confirmados por DH.

Conclusiones: El examen clínico y dermatoscópico de queratosis actínicas no permite anticipar el grado de displasia histológica. La correlación entre las respuestas de los evaluadores nos indica que los errores en la evaluación fueron similares. Un mayor grado de hiperqueratosis no se correlaciona necesariamente con una displasia más grave.

35. DIFERENCIAS EN LA TERMINOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE QUERATOSIS ACTÍNICA: ENCUESTA A EXPERTOS

I. Longo^a, S. Arias Santiago^b, J.L. Artola^c, E. de las Heras^d, M. Fernández Guarino^e, J.L. López Estebanz^f, L. Martínez^g, D. Sánchez Aguilar^h, A. Tollⁱ, P. Redondo^j, M.A. Rodríguez Prieto^k y C. Serra Guillén^l

^aHospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España. ^bHospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^cHospital Galdakao. Bilbao. España. ^dHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^eHospital Central de la Cruz Roja. Madrid. ^fFundación Hospital Alcorcón. Madrid. ^gHospital Carlos Haya. Madrid. España. ^hHospital Clínico. Santiago de Compostela. España. ⁱHospital del Mar. Barcelona. España. ^jClínica Universitaria de Navarra. Navarra. España. ^kComplejo Asistencial de León. España. ^lInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción: Existe una creciente controversia en torno a la definición de queratosis actínica que engloba criterios clínicos e histológicos.

Métodos: Se elaboró un cuestionario de 15 ítems que fue enviado a los miembros del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea con el objetivo de conocer la opinión en relación a criterios de clasificación y terminología sobre queratosis actínica.

Resultados: Se obtuvieron los resultados de un total de 48 dermatólogos con una mediana de 17 años de experiencia y que en su mayoría trabajan actualmente a nivel hospitalario (n = 38) y en práctica privada (n = 22). Aproximadamente, el 50% invierte al menos la mitad de su tiempo de trabajo en la atención de pacientes con cáncer cutáneo. Un 41,7% de los especialistas encuestados considera la queratosis actínica como un carcinoma intraepidérmico, el 39,6% una lesión pre-cancerosa y el 18,8% una displasia queratinocítica. El 60,4% refiere no utilizar la clasificación clínica (I-III) para describir las lesiones y considera que la dermatoscopia no permite diferenciar una lesión no invasiva de un carcinoma epidermoide microinfiltrante. El 87,5% considera el término de queratosis actínica con displasia grave o severa equiparable a un carcinoma intraepidérmico. El estudio histológico de una queratosis actínica se realiza ante la sospecha de un carcinoma invasivo de células escamosas (48,1%) o de otra neoplasia (20,6%). Según el 82,6% de los especialistas el 50% o más de las queratosis actínicas se desarrollan dentro de un campo de cancerización?, término que emplean el 89,6% de los expertos con sus pacientes.

Conclusiones: La terminología más comúnmente empleada para definir lesiones de queratosis actínica se polariza en dos extremos: lesión precancerosa y carcinoma intraepidérmico. Es necesario un mayor consenso para establecer guías y pautas de diagnóstico y tratamiento que simplifiquen el manejo de los pacientes con queratosis actínicas en la práctica clínica.

36. QUERATOSIS ACTÍNICA: IMPACTO DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS. ESTUDIO PIQA

I. Longo Imedio^a, D. Sánchez Aguilar^b, C. Serra Guillén^b, S. Arias Santiago^c, J.L. Artola^d, E. de las Heras^e,

M. Fernández-Guarino^f, J.L. López Estebanz^g, L. Martínez^h y A. Tollⁱ

^aHospital Central de la Defensa. Madrid. España. ^bInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^cHospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^dHospital Galdakao. Bilbao. España. ^eHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^fHospital Central de la Cruz Roja. Madrid. ^gHospital Fundación Alcorcón. Madrid. España. ^hHospital Carlos Haya. Málaga. España. ⁱHospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: La adherencia tiene un papel fundamental en el éxito de cualquier intervención terapéutica. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la duración de la terapia en la adherencia y los resultados clínicos tras la aplicación de tratamiento tópico para lesiones de queratosis actínica.

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo de 1.019 pacientes con QA en tratamiento y control en consultas dermatológicas en el que se evaluó la adherencia mediante el cuestionario de Morisky-Green (MG). Según la duración del tratamiento, la muestra se clasificó en dos grupos: Grupo 1: menos de 1 semana; Grupo 2: más de 2 semanas. Las diferencias entre los grupos fueron evaluadas con la prueba Chi cuadrado. El análisis de riesgos se presenta en forma de odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: El 65,5% de los pacientes fueron varones y la edad media fue de 73,8 ± 10,4 años. Según el test de MG, un 82,4% de pacientes del grupo 1 fue catalogado como cumplidor mientras que en el grupo 2 esta proporción fue del 45,5% (OR = 5,6 [4,1-7,6]). Las diferencias inter-grupo en la puntuación del MG fueron significativas respecto a olvidos en la administración del medicamento (OR = 10,7 [7,2- 16,1]), a dejar de aplicar la medicación cuando el paciente ¿se encuentra bien? (OR = 2,9 [1,9-4,4]) o cuando “se siente mal” (OR = 4,1 [2,8-5,9]). Por otra parte, se registró un mayor número de pacientes con remisión completa de las lesiones post-tratamiento en el grupo 1 (61,9% vs 8,6%; OR = 2,6 [1,93-3,47]), p < 0,0001 para todos los cálculos.

Conclusiones: Los pacientes que reciben un tratamiento tópico de corta duración tienen una probabilidad 5,6 veces mayor de cumplirlo adecuadamente y 2,6 más veces de conseguir una remisión completa respecto a los pacientes que reciben tratamientos más prolongados.

37. COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE POBLACIÓN GENERAL Y PACIENTES CON LESIONES DE QUERATOSIS ACTÍNICA

I. Longo Imedio^a, D. Sánchez Aguilar^b, C. Serra Guillén^b, S. Arias Santiago^c, J.L. Artola^d, E. de las Heras^e, M. Fernández-Guarino^f, J.L. López Estebanz^g, L. Martínez^h y A. Tollⁱ

^aHospital Central de la Defensa. Madrid. España. ^bInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. ^cHospital Virgen de las Nieves. Granada. España. ^dHospital Galdakao. Bilbao. España. ^eHospital Ramón y Cajal. Madrid. ^fHospital Central de la Cruz Roja. Madrid. ^gHospital Fundación Alcorcón. Madrid. España. ^hHospital Carlos Haya. Málaga. España. ⁱHospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: Durante la validación de la versión española de la escala de calidad de vida (CV) para pacientes con queratosis actínica: Actinic Keratosis Quality of Life (AKQoL), se observó que la muestra de la población general estudiada presentaba puntuaciones inferiores a las descritas en la validación de la escala original. El objetivo de este análisis es determinar las diferencias de CV entre la población general y los pacientes que acuden al dermatólogo.

Métodos: Utilizando la técnica de muestreo de estudios de casos y controles, se han comparado los resultados de una muestra de 136

pacientes con queratosis actínicas que consultaron al dermatólogo con los obtenidos por un grupo de 136 participantes de la población general y con características demográficas homogéneas respecto a los pacientes con queratosis actínicas. Las puntuaciones medias totales y por dominios de ambos grupos se compararon mediante pruebas Chi cuadrado y ANOVA. El tamaño de efecto (TE) de las diferencias entre grupos se ha estudiado mediante la *d* de Cohen. Una puntuación más elevada indica mayor deterioro de la CV.

Resultados: Con una edad media de $62,9 \pm 10,5$ años y un 59,6% de varones, se encontró que las puntuaciones totales y por sub-escalas de la AKQoL fueron significativamente diferentes entre los grupos. Los pacientes dermatológicos obtuvieron puntuaciones mayores tanto en la puntuación total ($7,57 \pm 4,8$ vs. $2,45 \pm 3,9$; $d = 1,4$) como en los dominios: funcional ($2,58 \pm 1,8$ vs. $1,15 \pm 1,5$) ($d = 1,0$), emocional ($2,85 \pm 2,0$ vs. $0,67 \pm 1,5$; $d = 1,26$) y de control ($1,6 \pm 1,4$ vs. $0,3 \pm 1,1$; $d = 1,0$); $p < 0,001$ para todos los resultados respecto a la muestra de la población general.

Conclusiones: Los resultados del análisis sugieren que una persona con queratosis actínicas tiene mayor deterioro de la calidad de vida que otra persona sin queratosis actínicas. El mayor impacto se observó a nivel emocional donde los pacientes dermatológicos mostraron una mayor afectación respecto a la población general.

Pósteres

1. TRATAMIENTO DE TELANGIECTASIAS CUTÁNEAS Y MUCOSAS EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER CON LÁSER ND:YAG

A. de Quintana-Sancho, J.L. Díaz Ramón, I. Ocerín Guerra, M. Rubio Lombrana y A. Cánovas Fernández

Hospital Universitario Cruces. San Vicente de Barakaldo. Vizcaya. España.

Introducción: La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por la presencia de múltiples telangiectasias en piel y mucosas, asociadas a malformaciones arteriovenosas en distintos órganos, como los pulmones o el sistema gastrointestinal. Aunque hay varias publicaciones acerca del tratamiento con láser de las telangiectasias faciales de diversa índole, son escasas las publicaciones con respecto al tratamiento con láser de telangiectasias en el contexto de THH. La mayoría de los pacientes de nuestro estudio consultaron por lesiones hemorrágicas, hecho que alteraba de forma notable su calidad de vida.

Casos clínicos: En total tratamos a 8 pacientes con THH, de los cuales 5 eran mujeres y 3 hombres, con una edad media de 54,5 años (rango 39-67). Las lesiones se localizaban en los sitios característicos (mejillas, nariz, labios, lengua y dedos). Todos los tratamientos fueron llevados a cabo con un láser Nd:YAG de pulso largo que emite luz monocromática de 1064 nm, usando tamaños de spot 3-5 mm, pulso único de 15-25 ms de duración y fluencias de 90-145 J/cm² (media: 116,53 J/cm²). Para la protección epidérmica, usamos un sistema de enfriamiento mediante aire frío a niveles de 5-7. Sólo en dos pacientes fue necesario sedación con óxido nítrico (Entonox®). El resto de los pacientes toleró bien el tratamiento sin requerir anestesia tópica. Se realizó iconografía en cada visita. Se consiguió un gran aclaramiento de las lesiones tras un escaso número de sesiones, con una media de 2,28 (rango 1-7), tanto en lesiones cutáneas como en mucosas, sin producirse efectos adversos tales como cicatrices, discromías o sangrado intraoperatorio.

Conclusión: El láser de Nd:YAG representa una forma eficaz de tratamiento de las telangiectasias faciales en pacientes con THH. En

nuestra serie de casos clínicos fueron necesarias pocas sesiones para obtener excelentes resultados, sin producirse efectos adversos reseñables.

2. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL COMO CONSECUENCIA DE RINOFIMA LOCALIZADO EN ALAS NASALES. TRATAMIENTO MEDIANTE RESURFACING CON LÁSER CO2 SCANNER

A. Romo Melgar, J.C. Santos-Durán, M. Yuste Chaves y M.T. Alonso San

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.

Introducción: El rinofima constituye la fase final de la rosácea en muchos pacientes y se caracteriza por un aumento del volumen de las glándulas sebáceas y el tejido fibroso en la nariz, dando lugar a una morfología abollonada y a un engrosamiento de la misma. Puede suponer un problema tanto estético como funcional, al interferir en la visión o en la respiración.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón afectado de un rinofima limitado de manera predominante a ambas alas nasales. El paciente fue derivado a nuestra consulta desde el Servicio de Otorrinolaringología, donde había acudido por síntomas de insuficiencia respiratoria nasal. Se decidió tratamiento de su rinofima mediante resurfacing con láser CO2 en modo scanner, que pudo realizarse bajo anestesia local. Desde los primeros momentos del postoperatorio, el paciente refirió alivio completo de su sintomatología de insuficiencia respiratoria nasal. La cicatrización de las zonas tratadas se produjo de manera rápida y sin complicaciones, obteniéndose un resultado estético muy satisfactorio.

Conclusiones: Este caso pone de relieve la repercusión funcional que puede tener una patología tradicionalmente considerada estética como es el rinofima, y la rápida mejoría de los síntomas con el tratamiento correcto. El uso del modo scanner puede contribuir a conseguir más fácilmente un aspecto uniforme y natural en las localizaciones tratadas.

3. COLGAJO DE ROTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRAN DEFECTO TÓRACO-BRAQUIAL

F. de Asís Alcántara Nicolás, V. Melgar Molero, A. Ballano Ruiz, C. Sánchez Herreros y E. de Eusebio Murillo

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de malignidad intermedia con un alto índice de recurrencias y potencial metastático bajo. Se caracteriza por una invasión local subclínica y agresiva, afectando frecuentemente al pániculo adiposo lo que produce un alto índice de recidivas locales. Se presenta habitualmente en adultos jóvenes o de mediana edad. Las localizaciones más frecuentes son el tronco y la zona proximal de las extremidades.

Caso clínico: Paciente de 44 años que fue remitido a nuestro centro hospitalario para realización de cirugía micrográfica de Mohs de lesión con histología compatible con dermatofibrosarcoma protuberans. En la exploración física presentaba a nivel infraclavicular izquierdo una lesión sólida con superficie eritemato-violácea, bien delimitada, de 4 cm de diámetro. No se palparon adenopatías loco-regionales. Se realizó decorticación de la lesión y posteriormente el primer estadio de la cirugía micrográfica de Mohs, llegando hasta plano muscular. Se realizó una sutura en "bolsa de tabaco" del defecto a la espera del resultado histológico (estudio en diferido), que confirmó la ausencia de tumor en los márgenes quirúrgicos. Para la reconstrucción del defecto, de aproximadamente 12 cm de diámetro, se diseñó un colgajo de rotación simple de piel de región pectoral. El paciente ha acudido a las revisiones sin signos de reci-

diva tumoral. Los resultados funcionales y estéticos tras un año de la intervención han sido satisfactorios.

Conclusiones: El colgajo de rotación simple tiene un diseño sencillo. Su morfología es semicircular y lleva piel con tejido celular subcutáneo que rota sobre un pivote hacia el defecto que ha de ser reparado. Son una opción reconstructiva muy usada en los grandes defectos del tronco, como ocurre tras la extirpación de los DFSP del tronco. Presenta buenos resultados funcionales y estéticos.

4. METOTREXATO INTRALESIONAL COMO CITORREDUCTOR PREVIO A LA CIRUGÍA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO DE LABIO

N. Cano, C. Silvente, D. Velázquez, S. Galiano y P. de la Cueva

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

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente y su incidencia está aumentando considerablemente durante los últimos años. El manejo del CEC localizado es quirúrgico, pero la velocidad de crecimiento de estos tumores y la agresividad de los mismos pueden complicar la cirugía en muchas ocasiones.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 84 años con antecedentes de cardiopatía isquémica y con implantación de marcapasos con desfibrilador automático implantable que consulta por lesión en el labio inferior derecho de menos de un mes de evolución que había crecido de forma progresiva desde su aparición hasta el día que acude a la consulta de dermatología. A la exploración física se objetiva una placa infiltrada de 1,5 cm de diámetro en el labio inferior derecho. El día de la primera consulta se hace una biopsia confirmatoria y se decide infiltrar metotrexato, 20 mg intralesional, con el fin de disminuir el tamaño del tumor hasta el día de la cirugía y controlar el crecimiento exponencial que estaba sufriendo.

Discusión: La mayoría de los CEC están localizados y se resuelven habitualmente mediante la extirpación quirúrgica u otros procedimientos locales. En ocasiones el tamaño tumoral y su habitual aparición en la zona facial, labio y pabellón auricular hacen complicada la cirugía. En el caso de nuestro paciente el tamaño tumoral y su rápido crecimiento hicieron que nos planteásemos la infiltración de metotrexato intralesional para evitar el crecimiento del mismo mientras se esperaba el resultado de la biopsia y se incluía en quirófano. El metotrexato intralesional es una opción para frenar el crecimiento tumoral e incluso disminuir el tamaño del mismo antes de realizar el tratamiento quirúrgico curativo.

5. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS DE PÁRPADO INFERIOR EN TUMORES CUTÁNEOS SIN AFECTACIÓN DE BORDE LIBRE

L. Barchino Ortiz, A. Pulido Pérez, C. Ciudad Blanco, V.J. Rodríguez Soria y R. Suárez Fernández

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

Introducción: La reconstrucción del párpado inferior tras la extirpación de un tumor es un desafío en la cirugía dermatológica oncológica. Sus objetivos fundamentales son preservar tanto la funcionalidad como la estética de la región periorcular así como evitar complicaciones como el ectropión.

Casos clínicos: Se presentan diferentes casos de pacientes con tumores cutáneos de pequeño-mediano tamaño localizados en el párpado inferior (sin afectación del borde libre) que fueron extirpados con márgenes libres y la posterior reconstrucción del defecto resultante mediante el uso de diferentes colgajos cutáneos con buen resultado.

Conclusiones: Las opciones reconstructivas para defectos sólo cutáneos de pequeño-mediano tamaño en esta localización son múltiples.

Es una región anatómica que se caracteriza por tener una piel fina con un cambio brusco con sus unidades estéticas adyacentes, por estar adherida a la musculatura subyacente y por su laxitud. Lo más importante es evitar el ectropión y por ello, siempre que sea posible cualquier estrategia reconstructiva debe intentar convertir la tensión vertical en horizontal. Se ha descrito el uso de cierre directo (siempre que sea posible), de colgajos locales y de injertos. Dentro de los colgajos locales son de especial interés y utilidad los colgajos de avance (uni o bilaterales), los colgajos A-T o V-T, los colgajos de rotación y de transposición. En algunos casos es de utilidad la realización de injertos de piel total, y en especial, el injerto de Buro donde la piel tiene unas características similares a la zona extirpada.

6. CIRUGÍA DE MOHS EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE UNGUEAL

M. Mayor Arenal, R. Feltes Ochoa, R. Maseda Pedrero, R. Paz Pérez y M. Alonso Pacheco

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide ungueal es una entidad de diagnóstico tardío pero con escasa capacidad metastatizante, hecho que se incrementa si existe invasión ósea. Es fundamental realizar un estudio radiológico previo a la cirugía. El tratamiento quirúrgico es complejo debido a la dificultad para establecer los límites de resección que garanticen una completa extirpación tumoral y a las escasas opciones reconstructivas, situaciones que conducen erróneamente a la amputación.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en 5 casos de carcinoma epidermoide ungueal cuyo abordaje quirúrgico se realizó mediante cirugía de Mohs. El estudio radiológico previo no evidenció afectación ósea en ninguno de ellos.

Resultados: Tras realizar cirugía de Mohs, se consiguió la resolución quirúrgica con ahorro de tejido sano permitiendo la reconstrucción y evitando la amputación distal del dedo. Los pacientes refieren una gran satisfacción tras la cirugía y no existen recidivas hasta el momento actual.

Discusión: Cada caso de carcinoma epidermoide ungueal debe ser estudiado individualmente y elegir la opción terapéutica más adecuada en cada caso. Salvo en casos de diagnóstico muy tardío, el carcinoma epidermoide de la unidad ungueal suele ser intraepitelial (enfermedad de Bowen) y su capacidad invasiva es escasa. Sólo en casos de invasión ósea, confirmada mediante estudio radiológico, debería estar justificada la amputación o desarticulación. En el resto de los casos es fundamental, tras eliminar la tumoración, preservar al máximo el dedo afecto, contexto en el cual la cirugía de Mohs adquiere un papel protagonista.

Conclusiones: El abordaje quirúrgico mediante cirugía de Mohs se considera la técnica quirúrgica idónea pues proporciona un excelente resultado oncológico, funcional y estético y lo más importante, evita amputaciones. La epitelización por segunda intención, el injerto cutáneo y los colgajos de piel volar constituyen opciones reconstructivas relativamente sencillas.

7. "TÉCNICA DEL ESPAGUETI" EN LA CIRUGÍA DEL LÉNTIGO MALIGNO

R. Santesteban Muruzábal, L. Loidi Pascual, A. Larumbe Irurzun, R. Vives Nadal y M.E. Iglesias Zamora

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Introducción: El léntigo maligno con frecuencia se encuentra mal definido clínicamente, lo que dificulta conseguir unos márgenes libres en un sólo acto quirúrgico. La "técnica del espagueti" se ha utilizado para abordar quirúrgicamente estas lesiones. En una pri-

mera fase se reseca una banda estrecha de piel de 2 mm, el “espaguete”, que se encuentra a 3-5 mm de la delimitación clínica del léntigo maligno. Se envía esta tira de piel como muestra para examen histológico sin realizar la exéresis de la lesión, y se sutura la herida o se colocan tiras adhesivas. Posteriormente, con el resultado anatomopatológico, se repite el procedimiento en las zonas que no se encuentren libres de tumor. Cuando se obtienen bordes libres, se realiza la exéresis de la lesión y la reconstrucción en un mismo acto quirúrgico.

Casos clínicos: Se presentan 6 casos de léntigo maligno mal definidos, en los que se ha realizado la técnica del “espaguete” en nuestro servicio durante los 2 últimos años. Todos ellos se presentaban en la región facial o cuero cabelludo, en 4 de ellos se obtuvieron márgenes libres con la “técnica del espaguete” en un primer pase, y en dos tuvo que ampliarse por observar al microscopio un borde afecto en un segmento, consiguiendo finalmente bordes libres sin necesidad de nuevos pases.

Conclusiones: La “técnica del espaguete” es sencilla y permite unos resultados fiables en el abordaje quirúrgico del lentigo maligno. A diferencia de la cirugía de Mohs, no requiere un entrenamiento específico de cirujanos ni patólogos, por lo que constituye una alternativa a esta técnica en este tipo de lesiones.

8. ORTONIQUÍA: CORRECCIÓN MEDIANTE ARCO DE NIQUEL Y TITANIO DE UÑAS EN PINZA Y ONICOCRIPTOSIS NO COMPLICADAS

G. Nieto Gonzalez^a y A. Romo Melgar^b

^aHospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos. España.

^bHospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La ortoniquía u ortonixia es la rama de la onicología que se ocupa del estudio y corrección de las malformaciones y defectos de las uñas, en este caso mediante el manejo de ortesis (dispositivo externo aplicado al cuerpo para corregir aspectos funcionales o estructurales). Presentamos una alternativa a los procedimientos quirúrgicos clásicos. Consideramos que los pacientes candidatos a la aplicación de este método serían aquellos con uñas en pinza con baja deformidad y onicocriptosis no complicadas. El procedimiento consiste en aplicar un arco o varilla de níquel y titanio en la lámina ungueal distal, de manera transversal, mediante dos orificios cercanos a los pliegues laterales. La memoria de este arco, es decir su tendencia a recuperar su posición original tras ser doblado, produce con el paso de las semanas la modificación de la sección de la lámina ungueal, corrigiendo su deformación y la sintomatología asociada. La duración de la aplicación de la ortesis no ha sido estandarizada por el momento, en nuestros pacientes ha oscilado entre 2 y 4 meses. Presentamos en este póster, de manera pormenorizada, los materiales necesarios para realizar el procedimiento, la secuencia procedimental para la realización de la técnica así como el resultado tras la retirada del arco.

Conclusiones: Comunicamos una alternativa a la cirugía clásica, fácil y de bajo coste para la corrección de algunas deformidades ungueales.

Limitaciones: Por el momento se trata de casos aislados, sin criterios de selección claros, que además requieren un seguimiento a largo plazo para observar si la dolencia recidiva tras la retirada del arco ya que los factores predisponentes siguen presentes.

9. RECONSTRUCCIÓN DE CARCINOMA INFILTRANTE DEL CANTO INTERNO DEL OJO MEDIANTE DOBLE COLGAJO AVANCE ROTACIÓN MEJILLA, BILOBULADO GLABELAR E INJERTO

A. Ballano Ruiz, F. Alcántara Nicolás, V. Melgar Molero, P. González Muñoz, A. Vergara Sánchez, C. Sánchez Herreros y E. Eusebio Murillo

Hospital Universitario de Guadalajara. España.

Introducción: Los carcinomas basocelulares del canto interno del ojo, así como otros periorificiales y localizados en zonas de fusión embrionaria, se consideran de alto riesgo y merecen una especial consideración en cuanto a su tratamiento, debiéndose plantear la cirugía de Mohs como el tratamiento de elección, incluso para los casos aparentemente benignos.

Caso clínico: Paciente varón de 83 años acude a consultas dermatología por lesión en canto interno ojo derecho de años de evolución. A la exploración presenta una placa lineal de 2 x 1 cm de tamaño, ulcerocostrosa, que comienza en canto interno de ojo derecho y se extiende por canal de la lágrima. Se obtiene muestra de biopsia que se informa de carcinoma infiltrante de piel sugestivo de carcinoma basocelular, y en estudio de extensión local mediante RMN de la órbita se objetiva que la lesión afecta desde plano cutáneo hasta la región más anterior de la grasa intraorbitaria, sin plano graso de separación con el globo ocular aunque sin signos de afectación intraocular. Mediante cirugía micrográfica de Mohs se realizaron 4 estadios hasta alcanzar márgenes libres de afectación tumoral, obteniendo un defecto final que englobaba 2/3 del párpado inferior, canto interno, vertiente nasal y mejilla derecha. Se realizó una reconstrucción mediante doble colgajo de avance-rotación de mejilla y de transposición bilobulado de glabella, junto con injerto en zona central del canto interno, con buenos resultados posteriores, sin ectropión significativo y con buena funcionalidad.

Conclusiones: Los carcinomas basocelulares del canto interno del ojo tienen un menor tamaño tumoral, pero con infiltración más profunda, y precisan de un mayor número de estadios y de reconstrucciones más complejas durante el procedimiento quirúrgico, recurriendo con más frecuencia que los basocelulares de otras localizaciones faciales.

10. RECONSTRUCCIÓN DE LA PUNTA NASAL

A.D. Agulló, S. Oscoz, B. Bonaut, M.E. Iglesias y J.I. Yanguas

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Introducción: El lóbulo nasal se sitúa en el tercio inferior de la pirámide nasal. A su vez se subdivide en la punta y alas nasales. Cuando se asientan tumores cutáneos en la punta nasal, la reconstrucción de los defectos creados tras su extirpación no es sencilla.

Material y métodos: Presentamos 6 casos quirúrgicos intervenidos en nuestro Servicio, en los que se realizaron diferentes tipos de colgajos reparando defectos de difícil reconstrucción en la punta nasal.

Conclusión: En la reconstrucción del lóbulo nasal pueden utilizarse injertos de piel total o parcial. Sin embargo, en nuestra experiencia el resultado cosmético es mejor cuando se repara mediante colgajos locales. Esto es debido a que se pueden emplear las zonas próximas de tejido con similar color, textura y grosor que la piel extirpada previamente donde se asentaba el tumor.

11. COLGAJO LOBULADO ¿UNO Y MEDIO?: UNA ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS NASALES

X. Calderón Castrat^a, A. Romo Melgar^a, G. Nieto González^b, L.I. Gimeno Mateos^a y D. Bancalari Díaz^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España. ^bHospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Burgos. España.

Introducción: La reconstrucción de defectos en la pirámide nasal es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía dermatológica dada la alta frecuencia de tumores en esta localización. A pe-

sar de la amplia gama de técnicas para llevarla a cabo, continúa siendo un reto para el dermatólogo.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de pacientes con defectos cutáneos nasales como consecuencia de la extirpación de carcinomas basocelulares, los cuales fueron reconstruidos mediante un colgajo combinado. En primer lugar, se obtiene de la pared lateral nasal un lóbulo que se transpone sobre el defecto primario. La corrección del defecto secundario resultante se cierra mediante un colgajo de avance perialar modificado, generando una forma semicircular la cual se adapta al defecto mencionado. De esta manera, el aspecto del colgajo es de estar compuesto por “un lóbulo y medio”.

Conclusiones: Las peculiaridades morfológicas de esta técnica reconstructiva permiten un diseño sencillo y unos resultados predecibles, por lo que podría ser una alternativa válida para la reconstrucción en un solo tiempo de defectos quirúrgicos de tamaño medio-grande en la nariz.

12. RECONSTRUCCIÓN HEMINASAL POR CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRATIVO

L.I. Gimeno Mateos, A. Romo Melgar, J. Cañueto Álvarez, X. Calderón Castrat y E. Fernández López

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

Introducción: La cirugía de los tumores infiltrativos y de límites difusos es en ocasiones un reto.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 94 años atendida en la consulta por lesión en ala nasal, mejilla y hemilabio superior izquierdo de límites difusos. Ante la sospecha de carcinoma basocelular se realizaron biopsias múltiples incluyendo zonas de piel aparentemente sana con el objetivo de acotar todo lo posible los márgenes de extirpación debido a que no se pudo realizar una cirugía de Mohs dada la edad y la comorbilidad de la paciente. Se extirpó la placa tumoral que afectaba el ala y vestíbulo nasal, surco nasogeniano, hemilabio superior y mejilla izquierda, apreciándose un nódulo tumoral a la apertura del vestíbulo que obligó a la extirpación subtotal del ala nasal izquierda. En la reconstrucción se realizó un colgajo de transposición de borde libre izquierdo de columela para la formación del borde libre de la nueva ala nasal. La cara interna de la misma se reconstruyó mediante un colgajo de pedículo subcutáneo en charnela lateral izquierdo y para la parte superficial mediante colgajo de transposición de dorso y punta nasal. Entre ambos se interpuso un injerto de cartilago procedente del tabique. El defecto resultante en el dorso y punta nasal se cubrió con un colgajo de avance de mejilla y lateral derecho nasal. El defecto del surco nasogeniano, mejilla y hemilabio superior izquierdo se pudo cerrar directamente. El postoperatorio transcurrió sin incidencias obteniendo una buena funcionalidad del ala nasal sin colapso de la misma.

Conclusiones: Presentamos un caso de difícil planteamiento quirúrgico tanto por la biología del tumor como por la gran extensión del defecto quirúrgico y su afectación de diferentes estructuras anatómicas. En estos casos es fundamental la combinación de diferentes técnicas quirúrgicas en aras de conseguir la mayor funcionalidad posible.

13. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

L. Ascanio Armada^a, E. Celi Altamirano^b, R. Miñoano Medrano^a, G. Álvarez Fernández^a y J.L. López Estebanz^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Cirugía General. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: La terapia de presión negativa es escasamente utilizada en defectos cutáneos faciales. Presentamos un caso de uso de terapia de presión negativa en CAE con buen resultado.

Caso clínico: Varón de 81 años intervenido quirúrgicamente en marzo de 2004 del conducto auditivo externo (CAE) derecho, mastoidectomía, fresado óseo y parotidectomía derecha por el servicio de otorrinolaringología por presentar un carcinoma espinocelular (CEC) microinfiltrante. Realizándose tratamiento con radioterapia postquirúrgica por bordes afectos. El estudio de extensión fue negativo. Posteriormente ha sido tratado por CEC in situ de repetición mediante terapia fotodinámica (13 sesiones), imiquimod 5% crema, 5 Fluaracilo 5% crema con respuesta clínica variable. En agosto de 2014 se demuestra en biopsia carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado por lo que se realiza bajo anestesia general resección tumoral incluyendo pabellón, CAE y revisión de mastoidectomía previa de OD. Cierre del defecto mediante injerto de piel total procedente de piel abdominal. Debido a necrosis del injerto por infección por pseudomonas aeruginosa se produce un defecto cutáneo con cavitación de 5x3 cm y exudado. Se inicia tratamiento con ciprofloxacino y al mejorar se procede a la colocación de un VAC (Vacuum Assisted Closure) en CAE con cambios de la esponja cada 72 horas con mejoría del defecto y granulación después de 3 semanas.

Discusión: El tratamiento de elección de un carcinoma epidermoide infiltrante es la cirugía, con las complicaciones que conlleva, como infección de herida quirúrgica. La terapia VAC aumenta el flujo sanguíneo en la zona de aplicación favoreciendo el crecimiento del tejido de granulación y por ello es una alternativa terapéutica válida para el tratamiento de las complicaciones como nuestro paciente.

14. UTILIZACIÓN DEL COLGAJO DE AVANCE HORIZONTAL “ESTE-OESTE” EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN SUPRA-PUNTA NASAL LATERAL

M.L. Alonso Pacheco, R. Paz Pérez, A. Mayor Ibarguren, J. González Ramos y M. Mayor Arenal

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

El colgajo de avance horizontal “este-oeste” fue descrito por Goldberg y Alam en 2003, para la reconstrucción de defectos cutáneos pequeños a medianos (< 1,5 cm de diámetro) localizados en suprapunta lateral nasal. Es un colgajo de Burow o de avance tangencial simple, en el que se extirpan dos triángulos de similar tamaño, uno superior al defecto y el otro tangencial, inferior y medial al mismo; ubicando el vértice de este último en la columela o en la interfaz punta nasal-columela. Mostramos los resultados de la utilización de este colgajo en cuatro casos de cirugía de Mohs en la localización referida, realizados en nuestro servicio. Las ventajas del colgajo que se presenta son su fácil diseño y ejecución, su buena adecuación en textura y color al área del defecto, su amplio y seguro pedículo vascular, el idóneo camuflaje visual de las cicatrices resultantes; así como el menor riesgo de distorsión de la punta, o de asimetrías en el ala o en las narinas nasales. Una variante de este colgajo, publicada por Lambert y Dzubow en 2004, contempla la realización de los triángulos de Burow de diferente tamaño, mayor el superior y prolongado su vértice hasta la raíz nasal, permitiendo la reconstrucción de defectos de hasta 2 cm de diámetro. Otras alternativas reconstructivas como los colgajos de transposición bilobulado, romboidal modificado o el nasolabial, así como los de avance-rotación glabellar, presentan una técnica más compleja, mayor número y más visibles líneas de sutura, sobre todo en los dos primeros, así como un incremento del riesgo de abultamiento o de producción de asimetrías posquirúrgicas.

15. BLOQUEOS ANESTÉSICOS EN DERMATOLOGÍA

M.D. Fernández, T. Salas García, A. López Gómez, A. Ramírez Andreo, J. Hernández Gil Sánchez, C. Brufau Redondo y A. Hernández Gil Bordallo

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

Introducción: Los anestésicos locales (AL) son fármacos que bloquean la conducción nerviosa. Los podemos utilizar mediante diferentes técnicas: anestesia tópica, infiltrativa/de campo (más usada en dermatología), o los bloqueos nerviosos. En esta última el anestésico se inyecta directamente en el espacio extra o paraneural de un nervio, consiguiendo la anestesia de la región anatómica inervada por este, distal al punto de inyección.

Objetivos: Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre el empleo de bloqueos anestésicos en dermatología, tanto en procedimientos quirúrgicos como en otras técnicas (terapia fotodinámica, láser) para dilucidar las ventajas e inconvenientes de su empleo, la forma de realizarlos y dónde nos pueden resultar más útiles.

Conclusiones: En cirugía dermatológica a veces tenemos que realizar intervenciones en las que se ven implicadas amplias zonas de la piel. En estos casos es posible que el volumen de AL que requerimos supere las cantidades tóxicas permitidas. Para hacer frente a este problema tenemos varias opciones: por un lado diluir el AL (bien con suero salino o con bien con epinefrina, que además es vasoconstrictor y disminuye el sangrado) o realizando un bloqueo nervioso, donde con cantidades pequeñas de AL cubrimos amplias zonas, reduciendo a su vez la molestia que supone al paciente la anestesia infiltrativa (muchos más pinchazos, infiltraciones muy dolorosas en zonas sensibles como la punta de la nariz?). Otras ventajas de los bloqueos nerviosos son la menor edematización de los tejidos implicados y la mayor duración del efecto analgésico, permitiendo un postoperatorio menos doloroso. Por ello consideramos que es importante que el dermatólogo tenga un buen manejo de esta técnica anestésica, y conozca cuándo y cómo utilizarla. Sin embargo a veces puede resultarnos de gran ayuda el uso de vasoconstrictor para reducir el sangrado y mejorar la visibilidad del campo, algo que solo es posible con la anestesia infiltrativa/de campo. Además el riesgo de daño nervioso es mayor con los bloqueos. Por esto siempre hay que individualizar la técnica a utilizar según el tipo de paciente y el procedimiento a realizar.

16. CARCINOMA EPIDERMOIDE EN REGIÓN FACIAL TRATADO MEDIANTE ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR COMBINANDO CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA

M. Rodríguez Rodríguez^a, M.D. Sánchez Aguilar Rojas^a, H. Vázquez Veiga^a, L. Cascallar Caneda^b y A. García García^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología Radioterápica; ^cServicio de Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La cirugía de cabeza y cuello requiere un profundo conocimiento de la anatomía topográfica de la región con el fin de prevenir y prevenir las posibles complicaciones quirúrgicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 91 años, hipertenso. Es valorado en nuestro servicio por tumoración en región malar derecha de más de 6 meses de evolución y de rápido crecimiento. A la exploración presenta una lesión tumoral de 5 cm de diámetro que se extiende desde región preauricular derecha hasta región malar, dolorosa a la palpación, ulcerada, con borde sobrelevado e infiltrado. No se palpan adenopatías locoregionales. Se realiza biopsia con resultado de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Se interviene de forma conjunta con Cirugía Maxilofacial extirpándose la lesión con margen clínico de seguridad, se retira arco cigomático y se procede a la reconstrucción mediante injerto laminar procedente del muslo. El estudio anatomopatológico informa de carcinoma epidermoide que contacta con margen quirúrgico profundo y que infiltra tejido blando perivascular y hueso. Se completa tratamiento con 25 sesiones de radioterapia sobre lecho tumoral y sobre región cervical derecha.

Conclusiones: Presentamos el caso de un paciente de edad avanzada intervenido de un carcinoma epidermoide de gran tamaño en región facial. De acuerdo con las guías clínicas de tratamiento se decide asociar radioterapia adyuvante debido a la presencia de infiltración de tejidos adyacentes. Como complicaciones postquirúrgicas presentó un ectropión en ojo derecho que fue corregido mediante cuña tarsal y una parálisis facial periférica. En el momento actual el paciente continúa a seguimiento en consultas externas de dermatología sin evidenciarse datos de recidiva local ni de progresión de la enfermedad.

17. MELANOMA LÉNTIGO MALIGNO RECIDIVANTE CON AFECTACIÓN DE PÁRPADO

P. Leiva Valdebenito, A. Santos Ramírez, M.J. Seoane Pose, J.M. Suárez Peñaranda y H. Vázquez Veiga

Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El melanoma cutáneo en párpado representa un bajo porcentaje de los tumores que afectan esta zona.

Caso clínico: Mujer de 95 años es remitida a consultas de dermatología en 2011 por lesiones nodulares, ulceradas y sangrantes en frente de al menos 7 años de evolución. Se realizó exéresis y reconstrucción de defecto mediante injerto de piel total, con resultado histológico de melanoma lentigo maligno (MLM). En revisiones de 2012 y 2013 se evidenció la presencia de nuevas lesiones que afectaban bordes de injerto, párpado superior, canto interno y conjuntiva palpebral de ojo izquierdo con histología de lentigo maligno melanoma y satelitosis. El estudio con resonancia magnética demostró una masa que afectaba partes blandas periorbitarias y párpado, sin compromiso de hueso adyacente. El estudio de extensión descartó diseminación a distancia. Valorada en conjunto con unidad de oculoplastia, se realizó exéresis simple de las lesiones tanto de piel como de conjuntiva.

Conclusiones: Si bien la detección precoz y cirugía con fines curativos del melanoma corresponde a una situación común en la actualidad, la enfermedad en etapa avanzada representa un 5% de los casos. El melanoma cutáneo puede afectar estructuras oculares en contexto de enfermedad metastásica avanzada. El párpado generalmente se compromete por extensión desde las zonas adyacentes (malar, frontal, interiliar) con pigmentación que puede progresar hacia el margen palpebral y a la superficie conjuntival. La exéresis quirúrgica es recomendada siempre que sea posible.

18. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA EN UN VARÓN CON MAMOGRAFÍA ANODINA

D. González Fernández^a, F. Valdés Pineda^a, F. Vázquez López^a, B. Vivanco Allende^b y N. Pérez Oliva^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: La enfermedad de Paget mamaria (EPM) representa menos del 3% de las neoplasias de la mama, siendo mucho más infrecuente su aparición en varones.

Caso clínico: Varón de 68 años sin antecedentes personales de interés remitido a nuestro servicio desde la consulta de patología mamaria, donde le habían realizado una mamografía compatible con la normalidad por presentar una lesión a nivel del pezón izquierdo. El paciente refería aparición de una lesión levemente pruriginosa a nivel del pezón izquierdo que había aparecido hace año y medio y había ido progresando lentamente. A la exploración física presentaba una placa eritemato-descamativa de 4 x 2,8 cm infiltrada en profundidad que había borrado la estructura anatómica normal del pezón. No se palpaban adenopatías axilares ni supraclaviculares. Se realizó biopsia de la lesión que mostró una

epidermis con hiperqueratosis paraqueratósica, con áreas de acantosis. Infiltración intraepidérmica de células de citoplasma amplio claro con núcleo ovalado y nucléolo patente, que se disponen a modo de célula suelta y también formando nidos. Inmunohistoquímica: intensa positividad difusa para receptores de estrógenos, positividad difusa pero de intensidad moderada para receptores de andrógenos, positividad discreta y aislada para receptores de progesterona. S.100, citoqueratina 7, citoqueratina 20, y mamaglobina negativas. Intensa positividad difusa para citoqueratina 8. Con estos datos se establece el diagnóstico de EPM remitiéndose de nuevo el paciente al servicio de patología mamaria donde se realizó mastectomía izquierda y biopsia de ganglio centinela. Se objetivó un carcinoma in situ de alto grado de los conductos galactóforos sin afectación ganglionar no precisando más tratamiento.

Conclusiones: Presentamos un varón con EPM en el que la mamografía no mostró alteraciones. Una prueba de imagen normal no es válida para excluir EPM ya que en un porcentaje elevado se asocian con carcinoma in situ, por tanto si existe sospecha clínica debe realizarse una biopsia.

19. METOTREXATE INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE QUERATOACANTOMAS FACIALES: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

L. Rodríguez Pazos, B. Fernández Jorge, O. Suárez Amor, D. González Vilas y C. de las Heras

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: El queratoacantoma (QA) es un tumor cutáneo que suele aparecer como una lesión solitaria en áreas fotoexpuestas de pacientes de edades avanzadas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica pero en muchas ocasiones su localización y tamaño suponen una alteración funcional o estética importante.

Casos clínicos: Presentamos dos casos. Caso 1: mujer de 41 años con una lesión en ala nasal de 1 cm de diámetro, de rápido crecimiento, de 2 meses de evolución. La biopsia fue compatible con QA. Se realizó una única inyección de metotrexate (MTX) intralesional 15/1,5 ml con resolución completa del QA al mes. Caso 2: mujer de 72 años con una lesión compatible clínicamente con QA, de 2 cm de diámetro, en el párpado superior, de 2 meses de evolución. Se trató con una única inyección de MTX intralesional 25 mg/0,50 ml con resolución completa de la misma al mes y medio. En ningún caso se observaron complicaciones.

Conclusiones: El MTX intralesional ha sido utilizado previamente para el tratamiento de QA, observándose una tasa de remisión completa en algunos estudios del 92%. También se ha utilizado para disminuir el tamaño del QA previo al tratamiento quirúrgico. A pesar de su gran eficacia, su uso intralesional no se refleja en su ficha técnica y tampoco hay ensayos clínicos que ayuden al clínico a la hora de manejar esta medicación. La rápida regresión y el buen resultado cosmético observado en nuestros pacientes y en los descritos en la literatura apoyan el uso de MTX como tratamiento de primera línea para QA en localizaciones difíciles.

20. EXPERIENCIA CLÍNICA CON PICATO®: DESCRIPCIÓN DE 15 CASOS

V. Ruiz Salas y J.R. Garcés Gatnau

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

Introducción: Ingenol mebutato (Picato®) es un ester purificado que deriva de la savia de la planta euforbia peplus, y que ha sido recientemente comercializado para el tratamiento de las queratosis actínicas (QA). Inicialmente se desarrolló con el objetivo de disponer de un producto que fuera eficaz, seguro y de rápida acción si lo comparamos con el resto de armas terapéuticas disponibles en el

mercado, para el tratamiento de las QA. Los ensayos clínicos previos demostraron una alta eficacia en el aclaramiento completo/parcial de las lesiones comparado con placebo. Presentamos nuestra experiencia clínica con el uso de este fármaco.

Casos clínicos: Quince pacientes que presentaban QA fueron tratados con Picato® con buenos resultados. Ocho de estos pacientes tenían lesiones en cuero cabelludo (en nº 4-5), 5 en tronco (nº 2-3) y 2 en extremidades superiores (en nº 2). Cinco pacientes fueron tratados con un segundo ciclo de tratamiento al observarse escasa eficacia tras un primer ciclo. Los resultados obtenidos fueron: aclaramiento total de las lesiones en 10 pacientes (6 con lesiones en cuero cabelludo, tres en tronco y uno en extremidades superiores) y aclaramiento parcial en el resto (60% desaparición de las lesiones) tras un primer ciclo. De los 5 pacientes que recibieron un segundo ciclo de tratamiento (todas ellas en cuero cabelludo) se observó una práctica resolución de las lesiones residuales (> 80% aclaramiento).

Conclusiones: Picato® representa una buena opción terapéutica de primera línea y cuando han fracasado otras terapias previas para el tratamiento de las QA, de fácil aplicación y rápida acción. Nuestros datos de eficacia son bastante similares a los publicados en los ensayos clínicos previos.

21. CARCINOMA ESPINOCELULAR TRATADO CON AFEITADO QUIRÚRGICO MÁS INGENOL MEBUTATO EN PACIENTE NO TRIBUTARIO DE CIRUGÍA

C. Maíllo Conesa^a, C. Tamayo Víctor^a y J.M. Rodríguez González^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Mendaro. Guipúzcoa. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide cutáneo es (CEC) es la segunda neoplasia cutánea más frecuente. Se estima una tasa anual en España de entre 72 por 100.000 habitantes en mujeres y 100,8 por 100.000 habitantes en varones. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica; no obstante, no está indicada en la mayoría de los pacientes con CEC de gran tamaño con pluripatología y edad avanzada.

Caso clínico: Mujer de 99 años antecedentes de HTA, meningioma parieto-occipital calcificado, paraplegia con postración en silla de ruedas. Presenta a nivel nasal izquierdo tumoración de 2 x 2 cm, con diagnóstico histológico de CEC moderadamente diferenciado (G2). Rechazada la cirugía y dadas las comorbilidades y edad de la paciente se realizó afeitado quirúrgico mediante anestesia local y hemostasia de la base con electrobisturí, seguido de aplicación de ingenol mebutato 150 mcg/g gel/3 días; con posterioridad es sometida a curas tópicas con pomada antibiótica hasta la completa reepitalización de la herida. Tras un periodo de seguimiento de 7 meses no se observan signos de recidiva tumoral.

Conclusiones: Ingenol mebutato es una sustancia que se encuentra en la savia de la planta Euphorbia peplus con propiedades anticancerosas en queratinocitos displásicos, al inducir una rápida necrosis tisular seguida de una respuesta inmune específica de la lesión. El tratamiento de CEC con afeitado quirúrgico más aplicación de Ingenol mebutato en gel puede ser una opción curativa, segura, eficaz y sencilla sin apenas riesgos importantes en pacientes en los que la cirugía no está indicada. No hemos recibido ningún tipo de subvención para este trabajo.

22. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN CON INGENOL MEBUTATO. ¿UNA NUEVA ARMA EN TERAPIA ONCOLÓGICA?

L.M. Valladares Narganes, H.A. Cocunubo Blanco, G. Pérez Paredes, M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología médico-quirúrgica. Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: La enfermedad de Bowen (EB) es un carcinoma epidermoide in situ que aparece clínicamente como placas eritematosas bien delimitadas, de lento crecimiento, en personas de edad avanzada. Se estima que hasta un 5% evolucionan a un carcinoma invasivo. Los tratamientos más utilizados y con mayor evidencia científica son la cirugía y la terapia fotodinámica (TFD). Ingenol mebutato es un nuevo fármaco tópico con indicación en queratosis actínicas grado I y II actuando por doble mecanismo: provocando necrosis celular e induciendo una respuesta inflamatoria selectiva en las células dañadas. A pesar de que ha demostrado in vitro su capacidad de destrucción en células malignas epidérmicas, su indicación en patologías como la EB o el carcinoma basocelular superficial no ha sido aprobada ni suficientemente estudiada.

Casos clínicos: Presentamos tres casos clínicos de EB, confirmados histológicamente pretratamiento, en pacientes ancianos, con múltiples comorbilidades y en los que la situación clínica o personal imposibilitaban la cirugía o la TFD. Las lesiones se situaban en región frontal, mejilla izquierda y pierna izquierda utilizándose ingenol mebutato gel al 0,015% (una aplicación diaria, 3 días consecutivos) en los dos primeros casos y al 0,05% (una aplicación diaria, 2 días consecutivos) en el tercer caso. Como efecto secundario se observó reacción inflamatoria leve-moderada sin repercusión. La respuesta clínica fue satisfactoria en los tres casos con confirmación histológica de la curación a los 6 meses.

Conclusiones: El tratamiento de la EB con ingenol mebutato constituye hoy una indicación fuera de ficha, pero los resultados obtenidos aquí y en otros estudios plantean la necesidad de estudios más amplios que evalúen su eficacia en EB. De mostrar eficacia, supondría una alternativa atractiva, cómoda para el paciente facilitando su cumplimiento, y situándose como una nueva arma terapéutica en pacientes donde métodos invasivos puedan ser menos adecuados.

23. INGENOL MEBUTATO GEL EN QUERATOSIS ACTÍNICAS: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

C.M. Alcántara Reifs, R. Salido Vallejo, S. de la Corte Sánchez, G. Garnacho Saucedo y A. Vélez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Ingenol mebutato es una terapia tópica recientemente aprobada en queratosis actínicas. Existen ensayos clínicos que evalúan su eficacia y seguridad, pero los datos disponibles de la práctica clínica diaria son escasos.

Material y métodos: Cohorte prospectiva abierta no controlada de pacientes con queratosis actínicas en cabeza y tronco/extremidades tratados con Ingenol mebutato gel 0,015% y 0,05% respectivamente. El objetivo principal del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de Ingenol mebutato gel para el tratamiento de las queratosis actínicas en pacientes de la práctica clínica diaria.

Resultados: Cuarenta y nueve pacientes (89,8% varones, con edades comprendidas entre 56 a 92 años) con 305 queratosis actínicas en diferentes localizaciones de la cabeza, tronco y extremidades fueron tratados con Ingenol mebutato gel según ficha técnica. En la semana 8, el aclaramiento completo se observó en el 34,7% de los pacientes y el 65,3% logró una disminución de > 75% de las queratosis actínicas basales. El 70,6% de los pacientes con aclaramiento completo mostró una respuesta sostenida en la semana 24. El número basal de queratosis actínicas disminuyó una media de 75,8% y 66,4% en la semana 8 y 24, respectivamente. El fármaco fue bien tolerado, con reacciones cutáneas locales leves-moderadas (puntuación media de LSR en 5-7 días: 8,1) que disminuyeron rápidamente y sin ninguna intervención (puntuación media LSR en la semana 4:1,8).

Discusión: Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran una efectividad y seguridad en la práctica clínica habitual similar a las observadas en los ensayos clínicos pivotales de ingenol mebutato para el tratamiento de queratosis actínicas. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral que nos permitan confirmar estos resultados sugeridos en nuestra serie, así como para definir de una manera más precisa el perfil del paciente que más se puede beneficiar del tratamiento con este fármaco. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

24. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS CON INGENOL MEBUTATO

M.V. Barrera Vigo, A. Mota, F. Benavente, A. Rodríguez y C. Hernández

Hospital de Poniente. Almería. España.

Introducción: Las queratosis actínicas (QA) son lesiones que generan un motivo de consulta habitual en la práctica clínica diaria. Existen tratamientos tópicos que además de la lesión individual tratan el campo de cancerización actuando sobre QAs no clínicamente evidentes. El ingenol mebutato se ha demostrado eficaz en su tratamiento actuando por este mecanismo dual. Presentamos nuestra experiencia en la utilización de ingenol mebutato gel en el tratamiento de la QA evaluando eficacia y seguridad del mismo.

Métodos: Se incluyen 10 pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 75 años con el diagnóstico de QA de localización facial. La dosis empleada de ingenol mebutato gel fue de 0,015%, una aplicación al día durante 3 días consecutivos.

Resultados: Todos los pacientes presentaron mejoría clínica, 6 de 10 experimentaron una mejoría significativa. Todos los pacientes realizaron el tratamiento de forma completa. Cuatro de los pacientes presentaron eritema transitorio y dos de ellos presentaron una reacción local más intensa con eritema, formación de costras y descamación a los 4 días tras el inicio del tratamiento y con una duración inferior a 15 días.

Conclusiones: Bajo nuestra experiencia el gel de ingenol mebutato ha demostrado ser un tratamiento efectivo y seguro y entre sus ventajas destaca la buena adherencia y cumplimiento por parte del paciente gracias a su corta pauta de administración. Por otro lado las reacciones locales aparecen cuando el producto ya ha sido aplicado por parte del paciente y se resuelven en un período de tiempo corto de aproximadamente 2 semanas.

25. CARCINOMA TRICOBLASTICO

L. Loidi Pascual, B. Bonaut Iriarte, A. Agulló Pérez, A. Larumbe Iriarte y C. Llanos Chávarri

Servicios de Dermatología y Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El carcinoma tricoblástico es un tumor aneural poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer con este raro tumor del que hasta el momento actual se han descrito muy pocos casos.

Caso clínico: Mujer de 51 años que consulta por aparición de una lesión en región frontal izquierda. A la exploración física presentaba una pápula de 8 mm redondeada de bordes muy bien delimitados y brillantes, con centro deprimido y telangiectasias superficiales en la periferia. Ante la sospecha de que se tratara de un carcinoma basocelular o un tumor aneural, se realizó exéresis completa de la lesión. En el examen microscópico se observaron hallazgos compatibles con un carcinoma aneural de probable origen tricoblástico. El estudio de extensión con TC cervico-toraco-abdomino-pélvico fue negativo. Dado que el borde de resección quirúrgico profundo quedó a menos de 1 mm, se decidió realizar una segunda exéresis mediante cirugía de Mohs, quedando los bordes libres. Además se

realizó radioterapia adyuvante. Tras 4 meses de seguimiento la paciente se encuentra sin signos de recidiva local.

Conclusiones: El carcinoma tricoblástico suele darse en personas de edad avanzada afectando principalmente al cuero cabelludo, tronco y extremidades. Se forma a partir de la vaina del folículo piloso, en ocasiones sobre un tricoblastoma previo. Histológicamente se caracteriza por la formación de nidos de células de pequeño tamaño de aspecto basalioide sin empalizada periférica con diferenciación folicular. Pueden observarse numerosas células pleomórficas y mitosis. En ocasiones puede tener un comportamiento localmente agresivo, aunque se han descrito casos de invasión ganglionar locoregional y/o metastásica. No existe consenso en el abordaje más adecuado para estos tumores. La exéresis quirúrgica completa puede ser suficiente, aunque algunos autores recomiendan realizar exéresis mediante cirugía de Mohs y/o realizar tratamiento neoadyuvante con radioterapia local.

26. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON EPITELIOMA ESPINOCELULAR ATENDIDOS POR LA SECCIÓN DE DERMATOLOGÍA DEL H.U. INFANTA SOFÍA (2008-2014)

R.M. Díaz Díaz^a, I. Prats Caelles^a, V.M. Leis Dosal^a, S. Salinas Moreno^b y C. Garrido Gutiérrez^a

^aSección de Dermatología; ^bSección de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: El cáncer cutáneo es el grupo de neoplasias malignas más frecuentes en la población de piel blanca de todo el mundo, evidenciándose un aumento de su incidencia durante los últimos años.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con epiteloma espinocelular valorados por la sección de Dermatología del H.U. Infanta Sofía situado en San Sebastián de los Reyes (Madrid).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de los datos recogidos en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico histológico de epiteloma espinocelular/carcinoma epidermoide cutáneo atendidos en nuestro centro en el período 2008-2014. Se analizaron las variables epidemiológicas (edad, sexo), sociodemográficas (lugar de residencia, tipo de exposición solar), clínicas (diagnóstico de inmunosupresión, existencia de lesiones precancerosas, coexistencia con otro tipo de cánceres cutáneos, tiempo de evolución, morfología, localización de la lesión, síntomas subjetivos, afectación extracutánea, lesiones asociadas), histológicas y terapéuticas (tratamiento realizado) y pronósticas (tiempo de seguimiento, recidiva).

Resultados: La mayor incidencia se aprecia en los pacientes que viven en las zonas rurales de nuestra área de influencia. El sol es el principal factor de riesgo en el desarrollo de cáncer cutáneo. El tratamiento quirúrgico fue la alternativa terapéutica de elección.

Conclusiones: El conocimiento de las características de los pacientes con epiteloma espinocelular, además de servirnos como fuente para evaluar nuestra práctica clínica, nos ayudará en la planificación de estrategias de formación, a médicos y a pacientes, que puedan hacer posible una reducción de los factores de riesgo asociados a esta neoplasia.

27. INGENOL MEBUTATO PARA QUERATOSIS ACTÍNICAS EN CAMPOS MAYORES DE 25 CM²

J.F. Mir Bonafe, J. Dalmau Arias, E. Manubens Mercadé, E. Roé Crespo y L. Puig Sanz

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

En enero de 2012 la FDA aprobó el ingenol mebutato (IM) para el tratamiento tópico de las queratosis actínicas (QA), la lesión premaligna más frecuente en el ser humano. El IM es un compo-

nente activo encontrado en la savia de la planta Euphorbia Peplus, que actúa con mecanismo desconocido. Presentamos un estudio prospectivo de 30 pacientes (24 hombres y 6 mujeres, entre 55 y 97 años) recogidos entre junio 2013 y octubre 2014 con QA múltiples en cara y cuero cabelludo en superficies mayores de 25 cm². Realizamos tratamiento con IM, 0,015% gel durante 3 días consecutivos, en todo el área afecta y valoramos la respuesta a las 2 y 8 semanas. La respuesta al tratamiento se objetivó en una escala de 1 al 4 según la valoración de dos investigadores independientes, así como los efectos secundarios. A las 8 semanas se objetivó una respuesta muy buena en el 33% de los pacientes, buena en el 57%, siendo solo regular o mala en el 10%. También se valoró la respuesta según la satisfacción del paciente, siendo esta ligeramente superior a la de los observadores. En cuanto a los efectos secundarios estos fueron en su mayoría leves como eritema e irritación aunque una paciente tuvo que suspender el tratamiento tras un día de aplicación por ulceración de la QA y edema periorbitario. La adherencia total al tratamiento fue del 97%. Aunque en nuestro estudio hemos tratado superficies mayores de las recomendadas según ficha técnica, los resultados encontrados son superponibles a los publicados. Con estos datos podemos considerarlo, entre el amplio abanico de opciones para tratar QA, como un tratamiento válido por su eficacia, seguro por sus efectos secundarios y cómodo por su posología y facilidad de aplicación, aspecto clave para optimizar la adherencia en pacientes mayores.

28. FIBROXANTOMA ATÍPICO: ESTUDIO CLÍNICO DE 36 CASOS

D. Caro Gutiérrez^a, R. Miñano Medrano^a, L. Ascanio Armada^a, F. Pinedo Moraleda^b y J.L. López Esteban^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: El fibroxantoma atípico (FXA) es una neoplasia cutánea poco común cuya localización más frecuente es la cabeza y el cuello de pacientes varones mayores con antecedentes de exposición solar.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que recogemos todos los pacientes diagnosticados de FXA en nuestro hospital, desde su apertura en 1998 hasta la actualidad. Se recogen los datos demográficos de los pacientes y las características clínicas del mismo, la impresión diagnóstica inicial, método de biopsia, necesidad de ampliación, márgenes, período total de seguimiento y presencia de recurrencias, entre otros.

Resultados: Entre 1998 y 2014 se diagnosticaron 36 casos de FXA en nuestro centro, a excepción de uno, todos ellos fueron extirpados por el Servicio de Dermatología. La proporción hombre/mujer fue de 28/8 y la media de edad se situó en los 71,1 años de edad. Sólo tres de los pacientes tenía antecedentes de inmunosupresión, uno de ellos por LLC-B y los otros dos trasplantes de órganos. El diagnóstico de sospecha inicial en casi la mitad de los casos fue el epiteloma basocelular (17/36), seguido por el carcinoma espinocelular. El tiempo de evolución hasta el momento de la consulta varió entre medio mes y 24 meses. La localización más frecuente fue la cara (17/36), seguido de cuero cabelludo (13). Dentro de la cara principalmente aparecieron en la frente (7/17). El método diagnóstico realizado en la gran mayoría de los casos fue la biopsia excisional (26/36). Las extirpaciones fueron realizadas con márgenes clínicos en todos los casos, alcanzándose bordes libres en 26 de los casos.

Conclusiones: Presentamos una serie de 36 FXA diagnosticados en nuestro hospital. En ella se observan datos similares a series previas en cuanto a la edad avanzada de los pacientes, la localización en zonas de daño actínico, principalmente en la cabeza, entre otros.

29. REACCIONES LOCALES TRAS APLICACIÓN DE INGENOL MEBUTATO EN EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS

B. Aranegui^a y A. Conde Taboada^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid. ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: Ingenol mebutato (IM) constituye una alternativa en el tratamiento de queratosis actínicas en cara y tronco, siendo aplicable tanto en lesiones aisladas como en el tratamiento de campo¹. **Casos clínicos:** Se estudió de forma prospectiva una serie de pacientes en los que se prescribió IM para queratosis actínicas, recogiendo datos sobre la severidad de reacción local en la zona de aplicación entre el cuarto y el octavo día tras el inicio del tratamiento (con registro fotográfico y escala visual analógica). Además se evaluó la satisfacción del paciente con el uso del fármaco.

Discusión: Las reacciones en la zona de aplicación son un efecto asociado a las terapias empleadas para las queratosis actínicas, especialmente en aquellas que abordan el tratamiento de campo. El IM produce este tipo de reacciones en diferentes grados². La aparición de estas reacciones puede llevar a un peor cumplimiento terapéutico, si bien la pauta de aplicación en 2 ó 3 días del fármaco disminuye este efecto. Por otra parte la satisfacción del paciente puede verse afectada por reacciones severas, que precisan una aproximación cuidadosa por parte del dermatólogo.

Bibliografía

1. Vegter S, Tolley K. A network meta-analysis of the relative efficacy of treatments for actinic keratosis of the face or scalp in Europe. *PLoS One*. 2014;3;9:e96829.
2. Longo C, Neri L, Argenziano G, Calvieri S, Calzavara-Pinton PG, Cantisani C, Catricalà C, Peris K, Peserico A, Pimpinelli N, Pellacani G. Management of local skin reactions after the application of ingenol mebutate gel for the treatment of actinic keratosis: Four illustrative cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014. doi: 10.1111/jdv.12714. [Epub ahead of print].

30. NEUROTOMA MIXOIDE DE CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS

I. Vázquez Osorio^a, M.M. Pereiro Ferreirós^a, M.D. Sánchez Aguilar^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: El neurotecoma mixoide es un tumor benigno e infrecuente derivado de la vaina nerviosa que ocurre más frecuentemente en mujeres jóvenes. Se manifiesta como una lesión asintomática, de lento crecimiento, localizada en miembros superiores o región cervicofacial. El tratamiento de elección es la exéresis completa para evitar recidivas.

Caso clínico: Mujer de 71 años, con antecedentes de psoriasis, hipertensión arterial y dislipemia, que presentaba, desde hacía 6 años, una lesión dolorosa en la planta del pie derecho de crecimiento progresivo. Veinte años antes le habían extirpado una lesión similar en la misma localización, de diagnóstico desconocido. En la exploración física se observó una lesión tumoral aplanada, de 20 x 15 mm, rosada, infiltrada e intensamente dolorosa a la palpación. Se procedió a la extirpación quirúrgica en dos tiempos, dado que la lesión contactaba inicialmente con uno de los márgenes quirúrgicos. El defecto quirúrgico se corrigió mediante un injerto de piel total. El estudio histopatológico mostró una lesión dérmica bien delimitada, no encapsulada, formada por nidos de células estrelladas o alargadas con núcleos hiper cromáticos, pequeños y sin atipias, separadas por tejido conectivo denso. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad difusa para S-100, proteí-

na glial fibrilar ácida y CD57. Las células de la periferia mostraron positividad para el antígeno epitelial de membrana (EMA). Con estos hallazgos histológicos se alcanzó el diagnóstico de neurotecoma mixoide. La paciente presentó muy buena evolución sin recidiva hasta el momento actual.

Conclusiones: Se presenta un caso de neurotecoma mixoide de características atípicas (edad, localización infrecuente y lesión intensamente dolorosa) con muy buena respuesta estética y funcional tras tratamiento quirúrgico con injerto de piel total.

31. LEIOMIOSARCOMAS CUTÁNEOS: PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Pérez Plaza^a, A. Montes Torres^a, C. Gordillo^b, Y. Delgado^a y E. Vargas^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

Introducción: El leiomioma (LMS) cutáneo es una neoplasia de músculo liso infrecuente. Se clasifica en dos grupos, en función de la profundidad: dérmico y subcutáneo, este último con una tasa de recurrencia local de hasta el 61% y metástasis a distancia en el 62% de los casos, con localización en piel, pulmón e hígado. Hasta el momento no existen guías clínicas para su manejo terapéutico. Las recomendaciones son la extirpación con margen mayor a 1 cm o la cirugía de Mohs.

Casos clínicos: Presentamos una serie de 4 pacientes, 1 mujer y 3 varones, con edades comprendidas entre los 77 y los 80 años de edad (edad media: 79 años), diagnosticados de LMS en nuestro centro. Todos afectaban a la cabeza. La variante histológica predominante fue la dérmica con afectación del tejido celular subcutáneo. Todos los casos presentaron positividad en la inmunohistoquímica para caldesmon y actina de músculo liso. Se trataron mediante cirugía de Mohs diferida con márgenes mayores a 1 cm. Un caso recibió radioterapia coadyuvante debido al tamaño (45 mm), a la profundidad y al alto índice mitótico encontrado en la biopsia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la cirugía de Mohs es una técnica recomendable, ya que ninguno de los pacientes ha presentado recidiva ni metástasis hasta el momento, siendo el período de seguimiento de 17 a 32 meses (media: 23,5 meses). La radioterapia estaría indicada en aquellos casos con factores de mayor riesgo, tales como el tamaño, el grado de diferenciación y la profundidad del tumor.

32. CAMBIOS ECOGRÁFICOS EN EL CAMPO DE CANCERIZACIÓN TRAS TRATAMIENTO CON INGENOL MEBUTATO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 5 CASOS

M. de Troya Martín, C. Hernández Ibáñez, N. Blázquez Sánchez, I. Fernández Canedo y J. Bosco Repiso Jiménez

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

Introducción y objetivo: La ecografía cutánea (EC) es una técnica diagnóstica que está irrumpiendo con fuerza en dermatología y que permite el estudio del daño actínico crónico y su respuesta al tratamiento. Ingenol mebutato (IM) es un novedoso tratamiento tópico para las queratosis actínicas no hipertróficas y campo de cancerización con prometedores resultados. El objetivo del presente estudio es describir los cambios ecográficos observados a nivel dermo-epidérmico en el campo de cancerización tras tratamiento con IM en gel.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de una serie de 5 pacientes con queratosis actínicas múltiples superficiales de localización cefálica tratados con IM gel. Se midió el grosor dermo-epidérmico, el grosor de la banda hipocóica subepidérmica (SLEB), así como la vascularización mediante eco-Doppler, antes del inicio del tratamiento y los días 4º-11º y 18º.

Resultados: El grosor dermo-epidérmico medio antes de iniciar tratamiento fue de 1,9 mm y el grosor de la SLEB de 0,84 mm. Al cuarto día, todos los casos mostraron un aumento del grosor dermo-epidérmico (incremento medio de +0,8 mm) y en 4 de los 5 casos un aumento del grosor de la SLEB (incremento medio de +0,39 mm). Además, un aumento destacable de la vascularización dérmica mediante Doppler color. En el dieciochoavo día el grosor dermo-epidérmico disminuyó hasta valores cercanos a los basales (incremento medio de +0,14 mm), el grosor de la SLEB había disminuido en 4 de los 5 casos respecto a su grosor basal (disminución media de -0,042 mm). Del mismo modo, la vascularización dérmica había descendido a niveles basales.

Conclusiones: La EC en una herramienta útil para la monitorización de pacientes con daño actínico crónico en tratamiento con IM. El aumento de grosor dermo-epidérmico y la reducción de tamaño de la SLEB observadas son consistentes con el efecto de rejuvenecimiento previamente descrito con IM.

33. MELANOMA NEUROTROPO EN UNA MUJER JOVEN

A. Montes Torres, A. Godoy Trapero, A. Pérez Plaza, Y. Delgado Jiménez y E. Vargas

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

Introducción: El melanoma neurotropro (MN) es un tipo infrecuente e invasivo de melanoma cutáneo. Afecta característicamente a cabeza y cuello entre los 50 y 80 años de edad con predominio en el sexo masculino. Presenta un aspecto macroscópico inespecífico y hasta en la mitad de los casos puede observarse neuralgia acompañante.

Caso clínico: Mujer de 32 años, con fototipo II y antecedentes personales de alta fotoexposición solar, que presentaba desde hace tres años lesión hiperpigmentada asintomática en dorso nasal izquierdo. A la exploración se evidenciaba una mácula de un centímetro de diámetro mayor de coloración marrónácea heterogénea, con patrón inespecífico a la dermatoscopia. Su exéresis reveló una proliferación melanocítica atípica de 1,20 mm de espesor que infiltraba hasta dermis reticular superficial sin signos de regresión o ulceración y con imágenes frecuentes de infiltración intraneural. El estudio de extensión fue negativo para adenopatías o enfermedad metastásica. Se llevó a cabo la correspondiente ampliación y posterior reconstrucción con injerto de cartílago auricular y colgajo local de dorso nasal y glabellar así como radioterapia adyuvante.

Discusión: El MN fue descrito por primera vez por Reed y Leonard como un subtipo de melanoma desmoplásico caracterizado histológicamente por la presencia de diferenciación neural y/o infiltración peri e intraneural. Más recientemente ha sido aceptada la presencia de MN sin desmoplasia. A pesar de presentar gran agresividad local, siendo el neurotropismo un factor de riesgo independiente para recidiva local, la supervivencia global es superior a la del melanoma convencional con similar índice de Breslow. De hecho, comparativamente se han evidenciado menores tasas de afectación nodal y metastásica. La exéresis completa con amplios márgenes de resección continúa siendo el tratamiento de elección, asociando radioterapia adyuvante postquirúrgica en lesiones de riesgo elevado, como las localizadas en cabeza y cuello.

34. SARCOMA DÉRMICO PLEOMÓRFICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Varas Meis^a, M.M. Otero Rivas^b, E. Samaniego González^b, A. de las Heras Magallanes^b y M.A. Rodríguez Prieto^b

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

Introducción: Clásicamente el histiocitoma fibroso maligno se consideraba el sarcoma de partes blandas más común, distinguiéndose

hasta cinco variantes histológicas. Desde la clasificación de la WHO 2013 este término ha desaparecido, siendo sustituido por el de sarcoma dérmico pleomórfico.

Caso clínico: Presentamos un varón de 82 años, sin antecedentes de interés dermatológico que consultó por una tumoración excrescente en sien izquierda de 4 meses de evolución, dolorosa a la presión, no ulcerado ni sangrante. No se palpaban adenopatías. Se realizó una biopsia que no resultó concluyente, por lo que se procedió a su extirpación y reconstrucción mediante un injerto de piel total. El estudio anatomopatológico describió una epidermis ortoqueratósica sobre un infiltrado nodular dérmico de células pleomórficas elongadas entremezcladas con otras de núcleos redondeados, irregulares y abundantes mitosis y pleomorfismo. Este infiltrado ocupaba toda la dermis y el tejido celular subcutáneo. La inmunofluorescencia demostró positividad focal para S-100 y para CD68 en celularidad acompañante y negatividad para citoqueratinas, antígenos de tejido muscular, desmina, HMB45 y Melan-A. Ki67 y MIB-1 mostraban un alto índice proliferativo. Con estos datos se diagnosticó de sarcoma dérmico pleomórfico indiferenciado y se realizó un estudio de extensión que evidenció una adenopatía metastásica en la parótida izquierda confirmada histológicamente.

Conclusiones: La gran mayoría de los histiocitomas fibrosos malignos han sido ahora reclasificados en sarcomas dérmicos pleomórficos o fibroxantomas atípicos. El término sarcoma dérmico pleomórfico es un diagnóstico de exclusión reservado para neoplasias sin una línea de diferenciación evidente mediante las técnicas disponibles. La inmunohistoquímica juega un papel clave en el diagnóstico diferencial con otros tumores de patrón sarcomatoide o de estirpe melanocítica. Creemos de interés el conocimiento de esta nueva nomenclatura y los cambios en la clasificación de los tumores de partes blandas, así como la posibilidad, aunque infrecuente, de metástasis.

35. METÁSTASIS CUTÁNEA EN CORAZA DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN UN VARÓN

F. Valdés Pineda, D. González Fernández, C. Gómez de Castro, B. Vivanco Allende y N. Pérez Oliva

Servicio de Dermatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: El cáncer de mama en el varón constituye el 1% de todos los cánceres de mama. El carcinoma en coraza corresponde a una forma poco frecuente de metástasis cutánea (MC), pudiendo ser una manifestación inicial, el primer signo de diseminación o recurrencia.

Caso clínico: Varón de 79 años, sin antecedentes de interés, remitido a nuestro servicio tras detectar su médico una masa en mama izquierda con múltiples lesiones cutáneas en cara anterior de tórax. El paciente refería 6 años de evolución. A la exploración presentaba tumoración en región centro mamaria izquierda de 4 cm de diámetro que englobaba areola y pezón. En cara anterior de tórax y superior de abdomen se apreciaban múltiples lesiones papuloeritematosas induradas, algunas confluían formando placas. Destacaba linfedema del miembro superior izquierdo y 2 adenopatías en axila izquierda. Se realizaron biopsias de la tumoración y una lesión cutánea, observándose una epidermis sin alteraciones que asienta sobre una dermis con extensa infiltración tumoral, que conforman nidos sólidos, otros con patrón cribiforme, con abundante calcificaciones, con formación de ductos, constituidos por células con moderado pleomorfismo, con núcleos ovalados con nucléolo patente y citoplasma amplio anfófilo/eosinófilo y escasas mitosis. En otras áreas tiene un patrón de infiltración cordonal. La inmunohistoquímica muestra receptores de estrógenos y andrógenos positivos (100%), citoqueratina 7 y e-caderherina positivas. Citoqueratina 20, PSA y Hercep test negativos. Se diagnosticó MC por carcinoma ductal infiltrante de mama (CDIM). En TAC tóraco-abdomino-pélvico se objetivaron: derrames pleurales

bilaterales, lesión hiliar derecha, masa retroareolar en mama izquierda; resto normal. Gammagrafía y serie ósea radiológica normales. Fue remitido a patología mamaria inició tratamiento con tamoxifeno, presentando leve mejoría de las lesiones. Tras 7 meses el paciente fallece.

Conclusiones: Aportamos un caso de interés por ser las metástasis cutáneas la primera manifestación clínica de una neoplasia interna.

36. POROCARCINOMAS LOCALIZADOS EN ABDOMEN: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

M. Espasandín Arias^a, S. Mateo^a, M.J. Seoane Pose^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Los porocarcinomas ecrinos son tumores malignos de presentación infrecuente, representando del 0,005% al 0,01% de todos los tumores malignos cutáneos. Se localizan con mayor frecuencia en miembros inferiores (44%) y más raramente en tronco (24%) y cabeza (18%).

Caso clínico: Presentamos 3 pacientes con porocarcinomas localizados en región abdominal. Se trata de 2 mujeres y un varón, de 55, 80 y 89 años de edad, que se presentaron con lesiones abdominales de más de dos años de evolución. En dos de los casos las lesiones eran sintomáticas, con prurito y sangrado abundante en uno de ellos y molestias locales así como pérdida de fuerza en extremidades inferiores en el otro. Una de las pacientes presentó además, en el momento del diagnóstico, metástasis cutáneas adyacentes al tumor primario, siguiendo una metámera. Todos los pacientes fueron tratados mediante resección quirúrgica y la histopatología mostró en todos los casos una lesión epidérmica y dérmica con grados variables de diferenciación ductal.

Discusión: Los porocarcinomas pueden desarrollarse de novo o, más frecuentemente, sobre un poroma ecrino benigno previo. Clínicamente presentan una apariencia variable, pudiendo dificultar el diagnóstico y siendo confundidos frecuentemente con otras lesiones como queratosis seborreicas, verrugas vulgares, granulomas piogénicos, melanomas o carcinomas epidermoides. Las metástasis pueden ser ganglionares, viscerales o cutáneas, ocurriendo en un 20% de los casos.

Conclusión: Presentamos 3 casos de porocarcinomas ecrinos localizados en región abdominal. Destacamos la diseminación metastásica cutánea zosteriforme en uno de los casos.

37. MELANOMA NODULAR EN PACIENTE CON MAL DE MELEDA

A. Vilas Sueiro^a, E. Rosón^a, D. Sánchez Aguilar^a, J.M. Suárez Peñaranda^b y H. Vázquez Veiga^a

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

Introducción: El mal de Meleda (MDM) es un tipo de queratodermia palmoplantar que se transmite de forma autosómica recesiva. Este síndrome se debe a mutaciones en el gen que codifica una proteína, la SLURP-1 (Secreted Ly-6/uPAR-related protein 1), que interviene de forma activa en la diferenciación de los queratinocitos. La formación de lesiones tumorales sobre piel afecta es un hecho poco frecuente y que el tumor sea un melanoma es excepcional.

Caso clínico: Mujer de 86 años que es remitida por presentar una lesión tumoral, con áreas pigmentadas, de rápido crecimiento en el tobillo derecho. Dicha lesión se asentaba sobre una base hiperqueratósica que afectaba de manera bilateral a plantas y palmas, con un borde eritematoso marcado que englobaba muñecas y tobillos.

Además se observaba un acortamiento marcado de los dedos en actitud de flexión. Extirpada la lesión tumoral pigmentada, el estudio histopatológico confirmó la sospecha clínica de melanoma nodular, con un índice de Breslow de 19 mm. El estudio de extensión mostró adenopatías axilares e inguinales bilaterales, así como lesiones intraabdominales sospechosas de enfermedad metastásica.

Conclusiones: El MDM es un síndrome con una prevalencia de 1/100.000 habitantes/año. Se manifiesta frecuentemente antes de los 2 años de edad y se caracteriza por una queratodermia palmoplantar transgrediens, con borde eritematoso, asociada a placas hiperqueratósicas que afectan las grandes articulaciones. Se acompaña de braquidactilia y contracciones en flexión de las manos. Puede presentarse además con hiperhidrosis, coiloniquia o hiperqueratosis subungueal. Existen pocos casos descritos de la asociación entre el MDM y el melanoma maligno. Hasta el momento actual no se ha aclarado esta probable correlación, aunque algunas teorías permiten relacionar la aparición de tumores malignos en las áreas hiperqueratósicas con traumatismos locales repetidos. Como conclusión presentamos un caso de un melanoma nodular que asienta sobre la región hiperqueratósica de un MDM.

38. GRANDES TUMORES CUTÁNEOS DE CABEZA Y CUELLO: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

S. García Rodiño, M.J. Seoane Pose, A. Ramírez Santos, D. Sánchez Aguilar y H. Vázquez Veiga

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: La localización en cabeza y cuello es de las más frecuentes en el cáncer cutáneo no melanoma. Presenta generalmente buen pronóstico, pero el retraso diagnóstico conlleva mayor agresividad local y riesgo de diseminación.

Material y métodos: Se han revisado los pacientes valorados en nuestro servicio entre septiembre 2013-septiembre 2014 por tumores cutáneos en cabeza y cuello de 5 o más cm de diámetro. Se han incluido 7 pacientes, evaluándose datos demográficos, antecedentes personales, tiempo de evolución, diagnóstico histopatológico y planteamiento terapéutico.

Resultados: De los 7 pacientes incluidos 6 fueron mujeres y 1 varón, con edades entre 80 y 103 años. Cinco procedían de un medio rural, uno estaba institucionalizado y 4 eran dependientes. Todos presentaban al menos una lesión tumoral, de entre 5 y 12 cm, en cabeza o cuello. El tiempo de evolución varió de 6 meses a 20 años, siendo en el 57% de más de 2 años. Se analizaron un total de 11 tumores: 5 carcinomas basocelulares, 4 carcinomas espinocelulares, 1 melanoma y 1 carcinoma linfopitelioma-like. Dos presentaban metástasis en el momento del diagnóstico. En 5 pacientes se decidió exéresis quirúrgica, en uno se indicó tratamiento con radioterapia y en otro con vismodegib.

Discusión: El retraso diagnóstico es un importante factor pronóstico en el cáncer cutáneo. En nuestra serie todos los pacientes presentaban edad avanzada y comorbilidades asociadas. Destaca la predominancia del sexo femenino, al contrario que en las series publicadas, y que nuestra área sanitaria abarca una importante fracción de población rural, lo cual también puede haber influido en la demora de la consulta.

Conclusiones: Presentamos una revisión de los pacientes valorados durante un año por tumores cutáneos en cabeza y cuello de 5 o más cm de diámetro. Destacamos el hallazgo de un melanoma de gran tamaño y un carcinoma linfopitelioma-like por su escasa frecuencia.

39. TRICOEPITELIOMAS MÚLTIPLES Y EPITELIOMAS BASOCELULARES

B. García Bracamonte^a, H. Larrain^a, D. Menis^a, M. Garrido^b y F. Vanaclocha^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: Los tricoepiteliomas son neoplasias cutáneas benignas anexiales formadas por células basales que dan origen a estructuras de morfología folicular. Existe una variante infrecuente habitualmente familiar en la que aparecen tricoepiteliomas múltiples, generalmente de carácter autosómico dominante, con mayor prevalencia en mujeres. En ocasiones los tricoepiteliomas múltiples aparecen en el contexto de diferentes síndromes como el de Brooke Spiegler o Rombo. También se ha descrito la aparición de basocelulares existiendo la controversia de si los tricoepiteliomas pueden transformarse en carcinomas basocelulares.

Caso clínico: Mujer de 66 años que presenta en la región centro facial múltiples lesiones de entre 3 y 15 mm. La mayoría de las lesiones eran pápulas de 3-4 mm de color piel normal, blanquecinas o traslúcidas. También presentaba lesiones de mayor tamaño de

forma redondeada, superficie lisa y con telangiectasias. No presentaba otras alteraciones asociadas. Refería que su hermana tenía lesiones similares aunque en menor número. Se realizó tratamiento quirúrgico y biopsias de algunas de las lesiones, siendo el diagnóstico histológico de tricoepiteliomas, epiteloma basocelular infundíbulo quístico y epitelomas basocelulares.

Discusión: La coexistencia de tricoepiteliomas y epitelomas basocelulares, tal cual ocurre en nuestra paciente, se considera un hecho muy infrecuente. Se debe tener en cuenta que el diagnóstico diferencial entre un tricoepitelioma y un epiteloma basocelular es complejo y difícil ya que a nivel histológico presentan más semejanzas que diferencias. Algunos autores han descrito el desarrollo de epitelomas basocelulares sobre lesiones de tricoepiteliomas, aunque otros autores no creen en la existencia de dicha transformación. En nuestro caso se optó por realizar extirpación de las lesiones de mayor tamaño y tratamiento mediante curetaje y electrocoagulación de las de menor tamaño.