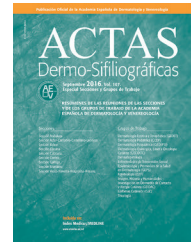




ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

XXVII Reunión del Grupo Español de Dermatología Estética y Terapéutica (GEDET) Málaga, 13 y 14 de noviembre de 2015

Ponencias

1. TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES DE ACNÉ

A. Sivila Llinares

Servicio de Dermatología. Centro privado Derclinic. Alicante. España.

A día de hoy no existe un tratamiento estándar para las cicatrices de acné. Durante los últimos años hemos venido escuchando oído una misma opinión en distintos foros y es que el mejor tratamiento para las cicatrices de acné consiste en la combinación de varias técnicas. La aparición de los láseres ablativos y no ablativos supuso un gran avance en este campo, pero requiere una inversión económica importante por parte del dermatólogo. La inducción percutánea de colágeno (IPC) ha demostrado ser una técnica segura y eficaz con la ventaja de su bajo coste. La combinación de esta técnica junto con otras de amplio uso desde hace años como son la subcisión y los peelings de TCA, ha mostrado unos prometedores resultados en pacientes con cicatrices de acné junto con una alta satisfacción por parte de los mismos. En última instancia el relleno con ácido hialurónico viene a complementar el resultado final en los casos que así se requiera. La combinación de estas técnicas mínimamente invasivas (IPC, subcisión, peeling) que “ataca” las cicatrices desde diversos frentes de forma persistente parece ser la razón de tan buenos resultados.

2. TRATAMIENTO DEL LUPUS CUTÁNEO

J.A. Suárez Pérez

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

La piel es uno de los órganos más frecuentemente afectados en el lupus eritematoso sistémico. Hasta un 75% de los pacientes presentará algún tipo de manifestación cutánea a lo largo de la enfermedad. El diagnóstico correcto de dichas lesiones es de crucial importancia, pues proporciona una valiosa información acerca del

pronóstico del paciente. Numerosos pacientes presentarán lesiones compatibles con lupus cutáneo sin presentar criterios de lupus sistémico. El lupus cutáneo, sin criterios de lupus eritematoso sistémico, es un problema en sí mismo, ya que, además de generar sintomatología, puede producir cicatrices con un impacto psicológico importante en el paciente que no se debe subestimar. Afortunadamente, una gran parte de pacientes con lupus eritematoso cutáneo puede ser tratada con éxito con terapias tópicas en combinación o no con antipalúdicos orales. No se debe olvidar las medidas de fotoprotección estricta. La primera línea de tratamiento tópico son los corticoides tópicos de potencia media-alta. No obstante, se debe evitar el uso prolongado de corticoides tópicos debido al riesgo de empeorar la atrofia inherente al lupus discoide. Una alternativa son los inhibidores de la calcineurina tópicos (tacrolimus y pimecrolimus) o incluso los retinoides tópicos (ácido retinoico o tazaroteno). Los pacientes que no responden a corticoides tópicos y antipalúdicos orales se tratan con diferentes fármacos que no presentan evidencia científica consolidada: metotrexate, azatioprina, micofenolato de mofetilo, talidomida e incluso retinoides orales como acitretino o isotretinoína para formas de lupus cutáneo hipertrófico con afectación palmoplantar. La terapia biológica no ha tenido un papel destacado hasta el momento actual. Los anti-TNF no se recomiendan, pues está descrito como evento adverso destacado el desarrollo de lupus-like. Durante esta ponencia se expondrán dos nuevas posibilidades terapéuticas, mediante dos casos clínicos, para el lupus cutáneo de difícil control: ustekinumab (inhibidor IL-12 e IL-23) y belimumab (bloquea la forma soluble de la proteína estimuladora de linfocitos B humanos).

3. TRATAMIENTO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA MODERADA-GRAVE

D. Jiménez Gallo

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. España.

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria de curso crónico y recurrente que se caracteriza por el desarrollo

de nódulos inflamatorios, fístulas y cicatrices en las áreas donde asientan predominantemente las glándulas sudoríparas apocrinas. Las regiones más frecuentemente afectadas son la región axilar, inguinal, perianal, mamaria, inframamaria y perineal. La mayoría de los pacientes tienen más de un área afectada. La prevalencia se estima en el 1% siendo también más frecuente en el sexo femenino. Aunque puede aparecer a cualquier edad, suele comenzar después de la pubertad. La HS conlleva una mayor afectación de la calidad de vida que la dermatitis atópica, psoriasis, urticaria, neurofibromatosis o alopecia. Antes de comenzar con el apartado de tratamiento de la HS queremos hacer una comparación entre la psoriasis cutánea, hidradenitis supurativa y enfermedad inflamatoria intestinal. Esta comparación se justifica en que la HS presenta una carga inflamatoria más importante que la psoriasis y similar a la enfermedad inflamatoria intestinal siendo necesario por tanto un tratamiento más intensivo que en la psoriasis cutánea y más aproximado al de la enfermedad inflamatoria intestinal. En este sentido el único tratamiento actualmente indicado en HS es adalimumab a dosis de mantenimiento y de inducción similar al utilizado en la enfermedad de Crohn.

4. HIPERHIDROSIS AXILAR: NUEVO SISTEMA MIRADRY CON MICROONDAS

I. Sánchez-Carpintero

Clinica Ruber y Clínica Dermatológica Internacional. Madrid. España.

En esta presentación se expondrá nuestra experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis axilar con una nueva modalidad terapéutica: miraDry. Este sistema, mediante la emisión de microondas, es capaz de eliminar de una forma selectiva las glándulas eccrinas de la región axilar. También tiene la ventaja adicional de eliminar las glándulas apocrinas de tal forma que se elimina no solamente la hiperhidrosis sino también la bromhidrosis asociada. A través de las microondas generadas, se produce una temperatura de hasta 60°C en la zona de la interfase entre la piel y el tejido celular subcutáneo, causando una termólisis irreversible de las glándulas localizadas en este nivel. Gracias a un sistema de enfriamiento en el cabezal de la pieza de mano se consigue preservar la piel de posibles quemaduras. En Estados Unidos está aprobado y comercializado por la FDA desde hace 4 años aproximadamente; en España desde hace 6 meses. Expondremos el protocolo de tratamiento y cómo se aplica de una forma práctica en los pacientes. Así mismo expondremos nuestros datos actualizados en relación con la respuesta y el grado de satisfacción. Hasta la fecha un total de 43 pacientes han sido ya tratados en nuestro centro. De ellos, 16 han sido tratados de nuevo por segunda vez tal y como se recomienda en el protocolo con el fin de alcanzar una reducción definitiva de la sudoración de entre un 70-90%. En todos los casos, en los test de evaluación realizados al mes de cada tratamiento, se redujo el nivel de la escala que mide el grado de severidad de la hiperhidrosis. Así mismo, salvo en dos pacientes, el nivel de satisfacción tras la primera sesión fue muy bueno. No se han observado efectos secundarios relevantes en ninguno de los pacientes tratados. Un total de 8 pacientes con bromhidrosis asociada notaron una desaparición prácticamente completa desde la primera semana post-tratamiento. Los estudios a largo plazo publicados en la literatura americana avalan no solo la eficacia de este tratamiento en la hiperhidrosis axilar, sino también la permanencia de los efectos logrados y la ausencia de efectos secundarios. Por todo ello, este sistema se debe considerar para todos aquellos pacientes con hiperhidrosis axilar que deseen un tratamiento más permanente. También es una indicación clara para aquellos pacientes con bromhidrosis, problema de muy difícil solución con los tratamientos convencionales que disponíamos hasta ahora.

5. ROSÁCEA. DESAFÍO PARA EL DERMATÓLOGO

P. Umbert Millet

Hospital Universitario Sagrado Corazón. Barcelona. España.

En mi experiencia, la rosácea es la patología que da más insatisfacciones al paciente y al dermatólogo. Las causas son múltiples: errores históricos como piel seca, sensible, utilización incorrecta de leches e hidratantes promocionadas como exitosas en farmacias, realización de tratamientos con una sola molécula (p. ej., metrodinazol) y durante periodos cortos, etc. A veces no se valoran las posibles patologías asociadas como la dermatitis seborreica, la erupción polimorfa luminica o la dermatitis de contacto. En ocasiones se producen errores diagnósticos: colagenosis, mastocitosis, carcinoide. La mejor estrategia es averiguar dónde residen las causas de los tratamientos fallidos, mejorar en la primera consulta uno de los síntomas y paulatinamente tratar el resto, siguiendo un protocolo anunciado de antemano. A pesar de su etiología desconocida, conocemos un gran número de datos bioquímicos como la liberación de enzimas y citoquinas proinflamatorias, la angiogénesis secundaria a la presencia de neutrófilos con la producción de metaloproteínas. El papel del demodex es cada vez más relevante puesto que interfiere en los lípidos de superficie y altera la barrera cutánea. Dependiendo de en qué fase de la rosácea nos encontremos actuaremos de forma diferente, modificando nuestra formulación magistral que supera a los preparados comerciales, puesto que permite individualizar el tratamiento y modificar excipientes, concentraciones y principios activos. Presentamos nuestra estrategia y ponemos en duda grandes novedades como la brimonidina tópica y otros principios activos que utilizamos como cremas efímeras.

6. EXPERIENCIA EN LA PREVENCIÓN DE LA RADIODERMITIS CON MELATONINA TÓPICA

A. Fernández Tresguerres Centeno

La radioterapia (RT) es uno de los principales tratamientos utilizados en oncología para destruir las células tumorales. La piel es la primera barrera que defiende al organismo del exterior y cuando se expone a radiaciones ionizantes sufre alteraciones biológicas y moleculares que producen la radiodermatitis. Clínicamente la piel de las áreas tratadas cursa con eritema, edema, hiperpigmentación, lesiones ampollosas e incluso necrosis profunda, escaras y úlceras que cicatrizan lentamente y dejan importantes secuelas. Muchas de estas alteraciones son debidas al estrés oxidativo, ya que las radiaciones ionizantes determinan un aumento de los niveles de radicales libres de oxígeno (ROS), provocando un aumento de la inflamación, apoptosis, alteraciones lipídicas, alteraciones de las proteínas, aumento de mutaciones por daño oxidativo al ADN y alteraciones de la función mitocondrial, que a su vez genera más radicales libres. La melatonina es una hormona secretada básicamente por la glándula pineal y además de su papel hormonal, también es un potente antioxidante capaz de secuestrar de manera eficiente los radicales libres. Por todo ello pensamos que el tratamiento con melatonina debería ser capaz de disminuir los mecanismos moleculares de inducción de estrés oxidativo, la inflamación y apoptosis producidos en la piel expuesta a radiaciones ionizantes y prevenir de esa manera la radiodermatitis. Según esto, tratamos pacientes que iban a ser sometidos a RT por patología oncológica previa con una crema de melatonina al 0,5% sobre la piel expuesta a la radiación. La crema se aplica 2 horas antes de la radioterapia y 30 minutos después del tratamiento. Realizamos iconografía de la zona radiada antes del tratamiento con RT, a la mitad del tratamiento y un mes después de finalizar la RT. Valoramos en cada paciente la aparición clínica de radiodermatitis: eritema, edema, hiperpigmentación, induración, dolor, picor... En ninguno de los pacientes aparecieron síntomas en la zona tratada, excepto una paciente que presentó eritema dos días después de la última se-

sión, el cual desapareció a los pocos días manteniendo el tratamiento tópico con melatonina. Un mes después de finalizar el tratamiento con RT todos los pacientes tenían la piel normal, elástica y asintomática, sin eritema ni hiperpigmentación. Según esta experiencia clínica, el tratamiento tópico con melatonina al 0,5% podría prevenir la aparición de radiodermatitis y sería un tratamiento a tener en cuenta en pacientes que vayan a ser sometidas a RT. Son necesarios, sin embargo, estudios histológicos, moleculares y con más pacientes para apoyar estas conclusiones.

7. NUEVAS PERSPECTIVAS EN MESOTERAPIA

M. Morillo Andújar

Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla. España.

La mesoterapia consigue, mediante inyecciones intradérmicas o subcutáneas, que las sustancias terapéuticas que queremos emplear alcancen el lugar donde se necesita que ejerzan su acción. Desde su implantación, ha sido debatida su inocuidad y eficacia debido a la utilización de algunas sustancias y cócteles sin estudios con rigor científico. Sin embargo, en la actualidad hay un crecimiento de la demanda y utilización de la mesoterapia por ser una técnica no invasiva, permitir la reincorporación inmediata a la vida cotidiana y por una nueva generación de productos y dispositivos más eficaces y seguros. Las ventajas de la mesoterapia en la actualidad y sus avances en diferentes patologías la sitúan como una técnica alternativa en cicatrices de acné, estrías y melasma. En el melasma el ácido tranexámico (AT) es efectivo vía oral (500 mg/día) e intradérmico (AT preparado a una dilución de 4 mg/ml). Su efecto despigmentante es debido a la inhibición de la unión del plaminógeno al queratinocito, lo que conduce a una disminución de la síntesis de ácido araquínico, prostaglandinas y leucotrienos, y de la actividad de la tirosinasa. Existen dos nuevos agentes lipolíticos inyectables para adiposidades localizadas, el ATX-101 para la grasa submentoniana, aprobado por la FDA en abril y comercializado en EEUU en junio de 2015, y el LIPO-202 para la grasa abdominal, con el que se han terminado los estudios de fase II. No podemos olvidar que la mesoterapia lipolítica es el tratamiento médico no quirúrgico más efectivo para las adiposidades localizadas y una alternativa a la liposucción con menor morbilidad.

8. ANTIOXIDANTES EN PREVENCIÓN Y REPARACIÓN DEL DAÑO SOLAR. IMPLICACIONES COSMÉTICAS

J. Aguilera Arjona

Laboratorio de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Departamento de Dermatología y Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. España.

Las radiaciones UVB y UVA son las responsables de diferentes patologías cutáneas y oculares mediante dos mecanismos de acción: la acción directa en el ADN celular, debido a la capacidad de absorción de radiación por las bases pirimidínicas, o por vía indirecta, que da lugar a la generación de especies reactivas de oxígeno (ROS), dando lugar finalmente a degradación y desnaturalización de membranas, proteínas, el propio ADN y otras dianas moleculares. Desde la generación de eritema actínico hasta la propia fotocarcinogénesis son consecuencias a largo plazo de la pérdida de equilibrio en la homeostasis oxidativa en la piel, acompañada además de un desequilibrio inmunológico, afectando a los mecanismos de reparación celular. La remodelación cutánea, como consecuencia de estrés oxidativo continuó a lo largo de nuestra vida es evidente y la prevención y reparación han de ser las herramientas constantes frente Fotoenvejecimiento cutáneo, y más cuando los mecanismos antioxidantes propios no son suficientes frente a la exposición continua-

da a condiciones ambientales adversas. La carrera en el diseño de estrategias antioxidantes como mecanismos preventivos y de reparación hacen que sea un desafío actual encontrar barreras eficaces frente al fotoenvejecimiento cutáneo y otras alteraciones más graves. En la presente ponencia nos centraremos en el análisis crítico de las evidencias científica que avalan el uso de antioxidantes exógenos frente a las patologías cutáneas con base al estrés oxidativo. Se analizan los antioxidantes clásicos en nuevas combinaciones y estrategias de uso, ya sea a nivel tópico mediante nuevas galénicas de vehiculización o vía oral, donde la carrera en busca del fotoprotector ideal es imparable. El campo actual de tratamiento es extenso y con buenas expectativas de éxito terapéutico frente a patologías de alto impacto en la población.

9. BRONCEADO ALTERNATIVO A LA EXPOSICIÓN SOLAR

M.V. de Gálvez Aranda

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

El bronceado alternativo a la exposición solar es una práctica en la que se pretende conseguir el tono de color que adquiere la piel tras la exposición solar sin necesidad de sol y evitando así los efectos nocivos de la radiación lumínica solar. El uso de cabinas bronceadoras podría englobarse en este ámbito de bronceado sin sol ya que no se necesita la presencia del mismo para adquirir un oscurecimiento de la piel. De hecho, su uso está extendido a nivel mundial y especialmente en países que tienen poca insolación y donde las opciones para tomar baños de sol son muy escasas. Los defensores de estas técnicas de bronceado la consideran más segura que la exposición solar ya que en el primer caso no se expone la piel a radiación UVB, que es la más lesiva. Sin embargo, para lograr el bronceado, las cabinas de bronceado emiten gran cantidad de radiación UVA, lo cual no está exento de riesgos para la salud ya que la exposición a radiación ultravioleta ha sido declarada recientemente como carcinogénica, reconocido por la OMS, y además existen estudios que demuestran mutaciones en el ADN tras la exposición a radiación ultravioleta en cabinas de bronceado. Actualmente existen productos en el mercado que pueden aumentar el tono del color de la piel sin necesidad de exposición al sol o a otras fuentes de radiación ultravioleta y, por tanto, sin los efectos lesivos de estas radiaciones. Por este motivo, en el ámbito de la prevención del cáncer de piel, se han realizado estudios randomizados para promocionar el uso de estas sustancias autobronceadoras frente a la exposición solar. Sin embargo, también se ha publicado que el uso de productos para adquirir un tono de piel bronceado está más extendido en los usuarios de cabinas de bronceado que en los no usuarios de esta técnica de bronceado artificial. La mayoría de productos que intentan imitar el bronceado solar se utilizan por vía tópica en forma de lociones o aerosoles aunque también existen en el mercado productos que son administrados por vía oral, siendo la cantaxantina el ingrediente principal de las pastillas de bronceado aunque actualmente no está aprobado por la FDA para este fin ya que se necesitan grandes cantidades para conseguir el aspecto de piel bronceada que se ha asociado a retinopatías así como lesiones cutáneas y hepáticas. Por otra parte, se pueden utilizar los denominados aceleradores del bronceado, aunque en este caso sí se necesita la radiación ultravioleta para obtener el oscurecimiento de la piel. Estos productos suelen contener como principio activo un derivado de la tirosina (aminoácido sustrato para la síntesis de melanina) y tienen que ser administrados previamente a la fotoexposición para conseguir que el bronceado sea más intenso y más rápido, aunque su eficacia y seguridad no está demostrada según la FDA. Motivo de preocupación es el conocimiento de que se está extendiendo entre la población el uso descontrolado de sustancias capaces de estimular la melanogénesis que están únicamente aprobadas para uso sanitario en determinadas patologías. Son sustancias conside-

radas ilegales para el uso del bronceado que se utilizan por consumidores, normalmente jóvenes que quieren obtener un bronceado intenso, y las pueden adquirir fácilmente por internet sin ningún tipo de control sanitario, lo cual puede acarrear problemas importantes de salud. Actualmente se siguen realizando estudios en la búsqueda de nuevas moléculas capaces de producir bronceado mediante la síntesis de melanina sin necesidad de exposición solar con el principal objetivo de conseguir una fotoprotección adecuada además de obtener un color de piel homogéneo en personas que por su fototipo o por una patología asociada no pueden obtener la piel bronceada de forma natural. Estos estudios se encuentran en diferentes fases de experimentación, siendo necesarios más controles para poder garantizar su eficacia y seguridad en humanos.

10. PIEL ROMÁNTICA. “TALASOTERAPIA Y HELIOTERAPIA”

A. Cerrada

Especialista en Geriatria por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Especialista en Hidrología Médica por España e Hidrología Médica y Climatología por Francia. Director Médico. Centro de Talasoterapia Elba-Estepona y Villapadierna Spa-Marbella. Málaga. España.

Del griego “*thalassa*”: mar, “*helios*”: sol, y “*therapia*”: curación. Las propiedades del agua de mar se conocen desde tiempos inmemoriales. Las principales culturas establecían sus asentamientos en las costas o próximos a ellas. Del mar obtenían todo lo necesario para subsistir e incluso la utilizaban como forma de terapia. Grandes hombres de la medicina a través de los tiempos han defendido estas terapias en sus tratados y la han aplicado de forma natural en sus pacientes con relevantes éxitos terapéuticos. Pero es en Francia, a comienzos del XIX, donde se establece el primer centro de talasoterapia. Era una casa de salud con bañeras, tenía hotel y tiendas e incluso guías que ayudaban a los enfermos a tomar los baños.

En 1913 se constituyó en Francia la “*Asociación Internacional de Talasoterapia*”. Que establece varias premisas oficiales para aspirar a la denominación de “*talasoterapia*”.

- El centro debe estar emplazado en un lugar de clima marino.
- Debe trabajarse con agua de mar viva.
- Contar con un staff profesional con supervisión médica.
- Disponer de una infraestructura y equipamiento adecuados para aprovechar los beneficios del mar en la salud.

En España se pusieron de moda los “*baños de ola*”. Gran parte de ellos se encuentran en la costa de Málaga. Una romántica visión de los tratamientos médicos en plena “*Belle Époque*”. La talasoterapia es la utilización simultánea, en un entorno marítimo y bajo vigilancia médica, de los beneficios de los elementos marinos con un fin preventivo o curativo. Estos elementos son: *el clima marino, el agua de mar, los lodos y algas marinas, otras sustancias de origen marino como macro y microorganismos carentes de acción patógena*. Además del agua de mar se unen otros factores como las circunstancias climáticas, meteorológicas, atmosféricas, iónicas, geológicas y telúricas, el clima marino, la luz solar (*helioterapia*) y sus radiaciones en climas marinos. En la ponencia se comentarán aspectos como:

- Las indicaciones del agua de mar en aplicaciones tópicas o en bebida por cura hidropínica en patologías dermatológicas y sistémicas.
- Características del agua de mar y sus componentes beneficiosos.
- Mecanismo de acción física y química y principales efectos en el organismo.
- Evidencias científicas en relación a talasoterapia y helioterapia y dermatología.

11. APLICACIONES DE LA TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN COSMÉTICA DERMATOLÓGICA

Y. Gilaberte

Hospital San Jorge. Huesca. España.

El sol es el agente exógeno que más daña nuestra piel, principal causa del envejecimiento acelerado de la misma. Sería paradójico encontrar en el sol la fuente también para su reparación. La terapia fotodinámica con luz de día (TFDL) utiliza la luz del sol como fuente luminica para activar el fotosensibilizante. En los últimos años, diferentes ensayos clínicos han demostrado que esta es tan eficaz como la TFD convencional en el tratamiento de las queratosis actínicas leves y moderadas, pero sin ser dolorosa. El hecho de tener unos efectos similares a los de la TFD convencional arroja la pregunta de si también será igualmente eficaz en el tratamiento de otros procesos cutáneos en los que la TFD ha sido utilizada. Uno de ellos ha sido el rejuvenecimiento cutáneo. Por el momento existen escasas evidencias de la utilidad de TFDLD dirigida a este fin. La preparación de la piel parece importante, mediante procedimientos más básicos como el uso de lijas o más sofisticados como el láser. Tanto el ácido aminolevulinico como el metilaminolevulinato han sido utilizados. Los resultados presentados hasta ahora parecen destacar la mejora de la textura cutánea y la excelente tolerancia. No obstante, son resultados preliminares que requerirán del establecimiento de protocolos óptimos que permitan posicionar a la TFDLD dentro del abanico terapéutico disponible hoy en día para el rejuvenecimiento cutáneo.

12. TERAPÉUTICA INTRALESIONAL

E. Jiménez Blázquez e I. Querol Nasarre

Hospital Universitario de Guadalajara. España.

La terapia intralesional dermatológica consiste en la administración de fármacos y medicamentos directamente en el interior de la lesión cutánea que se desea tratar, mediante el uso de jeringuillas dotadas de agujas de calibre fino, o de dispositivos especialmente diseñados para este propósito, como el Dermojet o el Med-Jet. Sus principales ventajas son la administración directa y específica de activos en interior de la lesión a tratar, a altas concentraciones y con una dosificación precisa, evitando, por lo menos en parte, los efectos secundarios sistémicos de los fármacos administrados. Con el objetivo de examinar la evidencia que existe en la literatura científica sobre los principales fármacos utilizados en terapéutica intralesional dermatológica y sus indicaciones, hemos realizado una búsqueda sistemática en Pubmed, utilizando los siguientes términos Mesh: “*Injections, Intralesional*”[Mesh] AND “*Skin Diseases*” [Mesh] AND “*Therapeutics*”[Mesh], que permite recuperar casi mil artículos, de los cuales la mayor parte se refieren a la administración intralesional de corticosteroides. No incluiremos en nuestra revisión otros procedimientos relacionados, como la mesoterapia, el uso de materiales de relleno o *fillers* o la administración percutánea de toxina botulínica, ya que los mismos constituyen un capítulo aparte por sus indicaciones estéticas o relacionadas con la hiperhidrosis.

Comunicaciones orales

1. ONICOMICOSIS TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA EN 12 PACIENTES

A. Catalán Griffiths^a, L. Galvany Rossell^b, M. Iglesias Sancho^a, M. Olivé Heras^a y M. Salleras Redonnet^a

^a*Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona.* ^b*Hospital Dos de Maig. Barcelona. España.*

Introducción: La onicomicosis es una de las infecciones más extendidas en la población. Su tratamiento puede llegar a ser complejo y frecuentemente son resistentes al tratamiento tanto tópico como oral o presentan contraindicaciones, lo que conduce al fracaso terapéutico. En este sentido se han buscado alternativas, como el láser y la terapia fotodinámica (TFD). Esta última ha demostrado tener un amplio espectro de acción, sin resistencia antimicrobiana y con la ventaja de poder asociarla a tratamiento oral, aunque con pocos casos publicados con respuesta satisfactoria.

Material y métodos: Realizamos un ensayo clínico observacional en 12 pacientes con onicomicosis (confirmadas mediante cultivo) refractarias a tratamiento tópico y oral o con contraindicaciones. En todos los pacientes se aplicó una pomada de urea en oclusión la noche anterior, posteriormente aplicación de Aminolevulinato de metilo hidrocloreuro (Metvix) crema en el lecho ungueal y la matriz, con oclusión e incubación durante 3-4 horas e iluminación LED 635 nm a 37 J/cm² durante 16 minutos (Omnilux). Se repitió la sesión de TFD a los 14 y 28 días y realizó control clínico a los 3, 6 y 12 meses y cultivo micológico al año.

Resultados: De los 12 casos, 5 mostraron curación clínica completa (41,6%), 3 mejoría parcial (25%) y 3 no respondieron. En los casos sin respuesta clínica, un 80% presentaron mejoría de la sintomatología. A los 12 meses de seguimiento, el 60% de los casos había recidivado. De los 5 pacientes con curación completa, todos presentaron cultivo negativo y 2 de los 3 casos con respuesta parcial también negativizaron el cultivo.

Conclusiones: La terapia fotodinámica sería una alternativa de tercera elección para la onicomicosis, con buena respuesta en la mejoría de los síntomas y de la infección. Su principal inconveniente es su elevado coste, además del riesgo de recidiva a largo plazo descrita en otros estudios.

2. ESTUDIO CLÍNICO Y ULTRAESTRUCTURAL DE FIBRAS CAPILARES VOLUMINIZADORAS EN VARIOS TIPOS DE ALOPECIA

J. Ferrando Barberá, A. Brugués y F.J. García Veigas

Servicio de Dermatología. Hospital Clínic y Centres Científics i Tecnològics. Universitat de Barcelona. España.

Introducción: Está demostrado que muchos pacientes afectados de alopecia crónica de diferente índole: temporal (alopecia areata) o permanente (alopecia androgenética, alopecia cicatricial, hipotricosis congénitas) sufren un impacto psicológico, a veces importante, provocando ansiedad o depresión. En estos casos, además del tratamiento médico adecuado (minoxidil, finasterida, factores de crecimiento, etc), muchas veces el paciente recurre a diferentes sistemas que mejoren su aspecto estético: pelucas, extensiones, y que por otra parte empeoran su alopecia y/o impiden la aplicación de productos tópicos activos como minoxidil. Nos ha llamado la atención recientemente que existen una serie de fibras voluminizadoras capilares de diferentes tonalidades que solventan dicha necesidad y con la ventaja que al adherirse al cabello mediante electricidad estática son fácilmente retirables con un simple lavado o mediante la aplicación de aire a presión con el secador, lo cual permite aplicar el producto tópico activo a continuación.

Material y métodos: Hemos analizado mediante microscopía electrónica de barrido (MEB) y microanálisis de rayos X (MRx) cinco de estos productos voluminizadores capilares (muestras A, B, C, D, E). **Resultados:** Las muestras A, B y C presentan un aspecto liso y amorfo al MEB y al MRx son polímeros orgánicos que contienen C, Cl, Na, S y Al, y la muestra C además gran cantidad de silíce. Las muestras D y E presentan al MEB aspectos característicos de cabello normal y al MRx su composición presentaba gran cantidad de azufre, como el cabello normal.

Conclusiones: Las fibras voluminizadoras capilares son una alternativa de camuflaje en distintos tipos y casos de alopecia y no hemos

apreciado diferencias de resultados estéticos entre ellas, independientemente de cuál fuera su naturaleza y composición.

3. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA: ESTUDIO PILOTO PARA EVALUACIÓN DE NUEVO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

J.F. Millán Cayetano^a, M. Aguilar Bernier^a, J. Aguilera Arjona^b, M.V. de Gálvez Aranda^b, P. García Montero^a, C. García Harana^a, M. de Troya Martín^a y E. Herrera Ceballos^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ^bLaboratorio de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea. Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias. Universidad de Málaga. Málaga. España.

Introducción: La terapia fotodinámica con luz de día (TFD-LD) se ha posicionado como una alternativa eficaz y mejor tolerada frente a la convencional (TFD-C). La localización geográfica de nuestra provincia (Málaga) permite un mayor aprovechamiento dado el elevado número de días soleados y altos niveles de irradiancia, siendo mucho más elevados que en otras zonas de Europa donde la TFD-LD también es eficaz.

Material y métodos: Entre julio y agosto de 2015 se realizó un estudio piloto incluyendo 9 pacientes con campos de cancerización en cara y cuero cabelludo. Se incubó el ácido aminolevulinico durante dos horas, abriendo dos brazos con 1 o 2 horas de exposición solar en horas centrales del día. Se estimaron las dosis de exposición a radiación solar efectiva para la activación de protoporfirina-IX a partir de los espectros de radiación solar. Clínicamente se evaluó consumo de fotosensibilizante, respuesta clínica y tolerancia.

Resultados: El nivel de dosis efectiva con efecto terapéutico fue significativamente alto con una hora de exposición solar. Ello condicionó una efectividad similar tanto en consumo de fotosensibilizante como en respuesta clínica del grupo que recibió 1 hora de exposición (n = 5) frente al que se expuso 2 horas (n = 4). La tolerancia fue mejor en los pacientes sometidos a 1 hora de exposición.

Discusión: El tiempo de incubación previo se tradujo en un aumento en la escala del dolor con respecto a la TFD-C, que podría reducirse disminuyendo el tiempo de incubación. Al tratarse de un estudio piloto hay limitaciones como la falta de seguimiento a largo plazo y el escaso tamaño muestral.

Conclusiones: En latitudes como la nuestra podrían alcanzarse resultados terapéuticos óptimos con exposiciones más cortas a las establecidas en los protocolos estándar, lo que disminuiría el tiempo de tratamiento y las dosis de exposición solar evitando riesgos derivados. Actualmente, el estudio continúa con un aumento en el tamaño muestral y seguimiento a largo plazo.

4. LÁSER ND:YAG COMO TRATAMIENTO PRIMARIO DE LOS QUISTES PILONIDALES

M.J. Suárez Valladares, E. Varas-Meis y M.A. Rodríguez-Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. España.

Introducción: El quiste pilonidal ha sido aceptado como enfermedad inflamatoria multifactorial y adquirida con predilección por gente joven. Actualmente, el gold estándar de tratamiento es la cirugía, aunque su principal limitación es su alta tasa de recidivas. Por ello se han propuesto el uso de diferentes láseres como tratamiento adyuvante. Nosotros proponemos un nuevo tratamiento con láser Nd:YAG (1064 nm), en monoterapia, para el manejo del sinus pilonidal, con buenos resultados de curación.

Casos clínicos: Presentamos seis pacientes con sinus pilonidal en zona interglútea (de diferentes tiempos de evolución). Todos ellos fueron tratados con láser Nd:YAG (1064 nm) con un tamaño de spot de 5 mm, pulsos de 45-65 ms y una potencia entre 90-130 J/cm². Se necesitaron varias sesiones, pero todos obtuvieron una curación

completa. El período de seguimiento es de 52 meses de media (7-100 meses) sin evidenciar recidiva.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el Nd:YAG (1064 nm) es una buena indicación para el tratamiento del sinus pilonidal frente a la cirugía, debido a sus escasos efectos secundarios y a sus excelentes resultados clínicos y estéticos. Bien es verdad que se necesitan más casos para validar estos resultados.

5. SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO CUTÁNEO TRATADO CON TIMOLOL 0,5% GEL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS CON CORRELACIÓN ECOGRÁFICA

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

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

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) clásico es un tumor angio-proliferativo de bajo grado asociado al herpes virus tipo 8 que afecta fundamentalmente a individuos de edad avanzada, con predilección por los miembros inferiores y adoptando generalmente un curso crónico e indolente. Dado el carácter recurrente de esta entidad, las alternativas terapéuticas disponibles no siempre resultan satisfactorias ni están exentas de efectos adversos.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos de SK clásico tratado con timolol 0,5% gel, aplicado de forma tópica 2 veces al día. Los pacientes incluidos no habían recibido ningún otro tratamiento de forma previa y no realizaban de forma concomitante tratamiento con betabloqueantes vía oral. Se realizó control ecográfico e histológico de las lesiones de forma previa y tras la finalización del tratamiento.

Resultados: En los 3 casos la respuesta al tratamiento fue muy favorable desde el punto de vista clínico. Además, el estudio ecográfico objetivó una disminución progresiva tanto del tamaño de las lesiones como de la vascularización intratumoral durante el tratamiento. La tolerancia fue excelente, sin evidenciarse efectos adversos.

Discusión y conclusiones: El timolol es un antagonista de los receptores α -adrenérgicos (α -ARA) no selectivo, cuyo uso y efectividad en los hemangiomas infantiles es ampliamente conocido. Este hecho ha provocado un interés creciente en el papel de los α -ARAs como alternativa terapéutica en otros trastornos proliferativos vasculares. Varios estudios han demostrado una intensa expresión de receptores α -adrenérgicos hasta en el 75% de los SK, motivo por el cual el uso de timolol podría ser útil en el tratamiento de esta entidad. Hasta el momento tan solo han sido publicados dos casos de SK clásico tratados con timolol tópico. Presentamos una serie mayor de casos en los que hemos observado una respuesta satisfactoria en todos ellos y con datos histológicos y ecográficos que refrendan la efectividad clínica observada.

6. NUEVO TRATAMIENTO PARA ESTRÍAS COMPLICADAS

R. Cabrera Fuentes^a, J. Bernabeu Wittel^a, P. Solano Páez^b, C. Álvarez Vayo^c y J. Conejo-Mir^a

^aServicio de Dermatología y Venereología; ^bUnidad de Oncología Pediátrica; ^cFarmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

El bevacizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Una complicación infrecuente del tratamiento es el retraso en la cicatrización de las heridas. Presentamos el caso de un niño de 11 años de edad con un astrocitoma irreseccable, con progresión tras 4 líneas de quimioterapia y radioterapia. Finalmente inicia tratamiento con bevacizumab, consiguiendo estabilidad radiológica y control de la sintomatología. Para el control de síntomas el paciente recibe corticoterapia prolongada, desarrollando estrías de distensión. Tras 20 meses de tratamiento desarrolla úlceras que se localizan sobre las estrías de

distensión. El paciente fue tratado con un vasodilatador tópico. La respuesta al tratamiento fue excelente, con cierre de las úlceras sin necesidad de suspender bevacizumab. El paciente presentó una nueva úlcera en el seguimiento que se resolvió al reintroducir el tratamiento tópico. En la literatura se han descrito siete casos de ulceración sobre las estrías de distensión asociado al tratamiento con bevacizumab. Bevacizumab predispone a la ulceración de las estrías mediante la inhibición del VEGF, debido a que dificulta los mecanismos de reparación habituales. En todos los casos hubo que suspender el bevacizumab para la resolución de las úlceras. En el caso de nuestro paciente, decidimos mantener el bevacizumab debido al importante beneficio del fármaco. Nosotros hipotetizamos que la aplicación tópica de un vasodilatador podría ser una opción terapéutica eficaz, ya que mejoraría el flujo sanguíneo local y favorecería la cicatrización. Nuestro paciente respondió favorablemente, con cierre de todas las úlceras. En el seguimiento presentó una nueva úlcera que se resolvió al reintroducir el tratamiento, apoyando la relación causal entre el uso del fármaco y la curación. Tras nueve meses, el paciente continúa en tratamiento con bevacizumab y se mantiene con todas las lesiones reepitelizadas. Los resultados obtenidos son prometedores para el manejo de nuevos casos.

7. QUINACRINA, UN ESCALÓN TERAPÉUTICO QUE NO DEBEMOS OBLIVAR

P. García Montero, J. del Boz, J.F. Millán Cayetano, C. García Harana y M. de Troya Martín

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

Introducción: Los antimaláricos son fármacos derivados de la quinina empleados desde hace más de 300 años en múltiples patologías. Los más usados son la hidroxiclороquina (HCQ), la cloroquina (CQ) y, con menor frecuencia, la quinacrina (QC). Los dos primeros se han posicionado actualmente como tratamientos de primera elección para las manifestaciones cutáneas del lupus en sus diferentes formas. Sus efectos secundarios y la ausencia de eficacia en un porcentaje de pacientes son, sin embargo, sus principales inconvenientes. Es en este punto donde la QC se convierte en una valiosa herramienta para el facultativo.

Casos clínicos: Presentamos los casos clínicos de tres pacientes con enfermedad del tejido conectivo, dos con lupus eritematoso sistémico y una con dermatomiositis amiofática con mal control de la sintomatología cutánea pese a múltiples terapias. En los tres casos se añadió QC a su tratamiento de base, experimentando una importante mejoría a nivel cutáneo que se mantiene tras varios meses de seguimiento, con ausencia de efectos secundarios.

Discusión: La QC, también conocida como mepacrina, cayó en desuso tras ser relevada como antimalárico por HCQ y CQ en la Segunda Guerra Mundial. En la actualidad el interés por este fármaco se ha visto en aumento ya que permite un efecto sinérgico en pacientes con conectivopatías que no han respondido a HCQ o CQ, sin aumentar el riesgo de retinopatía. Igualmente, la QC supone una alternativa en aquellos pacientes en los que HCQ y CQ estén contraindicadas. Su precio es superior al de sus análogos aunque mucho menor al de otros fármacos empleados en estos casos. Ha de ser solicitada como medicación extrajera, sin embargo, esto no debe suponer una limitación para su uso.

8. LÁSER DE CO₂ FRACCIONADO, ALTERNATIVA EN CICATRICES NO ACNÉICAS

E. Varas Meis, M.J. Suárez Valladares y M.A. Rodríguez Prieto

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

Introducción: El láser fraccionado de CO₂ ha demostrado su efectividad en el tratamiento de las cicatrices atróficas del acné, el

rejuvenecimiento facial o las queratosis actínicas. La conservación del tejido epitelial perilesional, ha reducido la tasa de complicaciones y cuidados post-tratamiento necesarios, frente a las técnicas ablativas clásicas. Esta mejora en la seguridad de las técnicas fraccionadas está permitiendo su empleo con nuevas indicaciones terapéuticas.

Casos clínicos: Presentamos 5 pacientes con cicatrices no acnéicas en región facial de diversa etiología, que fueron tratadas con láser fraccionado de CO₂. En el estudio postratamiento presentaron evidente mejoría en la consistencia y grosor cicatricial, sin apreciarse complicaciones como alteraciones en la pigmentación, desarrollo de nuevas cicatrices o infecciones en la zona tratada.

Conclusiones: El láser de CO₂ fraccionado presenta una alternativa terapéutica segura y eficaz ante cicatrices no acnéicas de la región facial.

Pósteres

1. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA TOLERABILIDAD DE EXOMEGA DEFI CREMA Y BÁLSAMO EN EL ECCEMA ATÓPICO

A. Ortiz Brugués, M.C. Vallejos, C. Coutanceau y M. Saint Aroman
Laboratorios A-derma. España.

Presentamos un estudio clínico en fase IV para evaluar la aceptabilidad y la eficacia de EXOMEGA DEFI Crema emoliente y Bálsamo emoliente en el tratamiento del eccema atópico. Para ello intervinieron 16 médicos, 80 pacientes con dermatitis atópica y edades comprendidas entre 1 y 68 años. Como criterios de evaluación se establecieron los siguientes: evaluación clínica por el médico de la severidad de la dermatitis atópica (DA) mediante escala IGA; auto-evaluación por el paciente o por los padres del niño de la severidad de la DA con la ayuda del PO-SCORAD; y evaluación por el médico y el paciente, entre 4 y 8 semanas después de la consulta inicial, de la eficacia, tolerabilidad y de las cualidades cosméticas de EXOMEGA DEFI Crema emoliente o Bálsamo emoliente. Objetivamos una mejora la severidad de la DA después de la aplicación de EXOMEGA DEFI (70,4% con la crema y 86,4% con el bálsamo) evaluada por el médico mediante una escala de severidad de la DA (IGA) y por el paciente con el PO-SCORAD (92,6 y 95,5% con la crema y con el bálsamo, respectivamente). En cuanto a la eficacia, EXOMEGA DEFI Crema emoliente y Bálsamo emoliente son evaluados como muy eficaces por el médico (85,2% crema y 95,5% bálsamo) y por los pacientes en cuanto a sensación de prurito (87% crema y 90,5% bálsamo). La tolerancia resultó excelente (96,2% crema y 100% bálsamo). Finalmente, la aplicación de EXOMEGA DEFI ayudó a disminuir drásticamente el uso de corticoides tópicos adyuvantes (84,6% en el caso de la crema y 90% en el caso del bálsamo). Como conclusiones, podemos afirmar que EXOMEGA DEFI es eficaz tanto en el tratamiento del eccema atópico como en el prurito que ocasiona, ayuda a minimizar el uso de corticoides tópicos y es muy bien tolerado.

2. ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DEL MAQUILLAJE DERMATOLÓGICO CORRECTOR EN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

A. Ortiz Brugués, S. Reparaz, C. Castillo y R.M. Valls
Laboratorios Dermatológicos Avène.

Introducción: Los tratamientos oncológicos pueden dar lugar a secuelas y efectos secundarios cutáneos cuyo impacto psicológico y

emocional en el paciente puede llegar a ser incluso mayor que la propia enfermedad. El maquillaje dermatológico corrector ayuda a camuflar efectos adversos de tratamientos oncológicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico en el que participaron 10 centros y se incluyeron 37 pacientes sometidos a cualquier modalidad de tratamiento oncológico. Entre los efectos secundarios destacaban cicatrices, alopecia de cejas y pestañas, atrofia de labios, xerosis y reactividad cutánea. Se realizaron talleres de maquillaje individual a través de personal especializado. Se tomaron fotografías antes y después, previo consentimiento informado de la paciente. Se entregaron aquellos productos que habían contribuido a mejorar la imagen de la paciente de manera más notoria, para que los utilizara a diario. Finalmente se distribuyó un cuestionario a cada paciente que tenía que cumplimentar a los 15 días del empleo del maquillaje.

Resultados: La utilización del maquillaje dermatológico corrector mejoró la calidad de vida del 95% de las pacientes, proporcionó mayor seguridad frente a los demás al 92% y permitió al 81% salir más de casa. Tanto la tolerancia como las cualidades cosméticas de los productos fueron juzgadas como satisfactorias y muy satisfactorias por el 100% de las pacientes. En cuanto a la técnica de aplicación, el 97% la encontró de fácil a muy fácil, siendo el tiempo empleado menor de 10 minutos por el 68% de las pacientes y de 10 a 20 minutos por el 32%. Finalmente, el 100% de las pacientes continuaría con el uso del maquillaje dermatológico corrector Couvrance.

Conclusiones: El uso del maquillaje dermatológico corrector Couvrance es muy bien tolerado y ayuda a camuflar los efectos cutáneos secundarios a tratamientos oncológicos, además de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEBIE (DERMATOLOGÍA ESTÉTICA Y BIENESTAR EMOCIONAL) EN MUJERES

A. Guerra Tapia^a, M.C. Martínez González^b
y R.A. Martínez González^c

^aHospital Universitario 12 de Octubre. Profesora Titular de Dermatología. Universidad Complutense. Madrid. ^bEspecialista en Dermatología. Práctica Privada. Oviedo, Asturias. ^cDepartamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Asturias. España.

Introducción: El cuestionario DEBIE valora la percepción de la población general sobre la dermatología estética y su contribución al bienestar psicológico y emocional de las personas. Tras su elaboración, validación, publicación internacional y aparición en los medios de comunicación internacionales, presentamos algunos de los resultados de su aplicación en mujeres de la población general española.

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario DEBIE a 547 mujeres de la población general española. El cuestionario analiza 9 dimensiones y se estructura en 6 factores: Resultados Percibidos de la Dermatología Estética, Autoestima y Asertividad, Optimismo, Conocimiento y Actitud hacia la Dermatología Estética, Motivación, Importancia del Aspecto Estético de la Piel.

Resultados: Las mujeres de nuestra muestra, de forma estadísticamente significativa: Perciben importante el aspecto estético de la piel (puntuación media 2,9 de 4), Conocen los tratamientos de dermatología estética y tienen una actitud positiva hacia los mismos, habiendo pensado realizar alguno de ellos en alguna ocasión (puntuación media 2,7 de 4). Perciben que los resultados de los tratamientos de dermatología estética mejorarían su bienestar emocional (puntuación media 2,5 de 4). Pacientes de dermatología por alguna patología previa, conocen más la parte estética de la dermatología y conceden más valor a los resultados de sus tratamientos en su bienestar. Las mujeres > 45 años le dan aún más im-

portancia al aspecto estético de la piel y a los resultados positivos en su bienestar emocional que esperan de tratamientos estéticos cutáneos. Aquellas mujeres que más conocimiento tienen de la dermatología estética y que mantienen una actitud más positiva hacia la misma son aquellas que puntúan significativamente más en su estado emocional: autoestima y asertividad, optimismo y motivación.

Discusión y conclusiones: La aplicación del cuestionario DEBIE en las mujeres de la población general demuestra una actitud mayoritariamente positiva de las mismas hacia la dermatología estética. En estas mujeres el estado emocional es favorable a una mayor autoestima, asertividad, optimismo y motivación. La dermatología estética puede ser una herramienta que mejora el estado emocional de la mujer.

4. ACEITE DE ROSA MOSQUETA CON FACTORES DE CRECIMIENTO VEHICULIZADOS: POTENCIAL CICATRIZANTE IN VITRO

G. Bacchini, E. Gil Luna y G. Puig Algorta

Departamento Médico. Ferrer Internacional S.A. Barcelona. España.

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia cicatrizante in vitro de una nueva formulación de Aceite de Rosa Mosqueta (ARM) con dos Factores de Crecimiento (FC) vehiculizados (ARM+).

Material y métodos: Ensayo de migración "Wound Healing" en cultivos celulares monocapa de queratinocitos y fibroblastos humanos (por triplicado), previa creación de herida de tamaño controlado (1 mm). Evaluación cualitativa: cierre de herida cada 24 h, con microscopio de contraste de fases. Evaluación cuantitativa: ensayo de regeneración celular (MTT, Viabilidad celular VC). Producto de ensayo: ARM+. Control negativo (CN): medio de cultivo estándar. Control positivo: ARM de referencia, Repavar® (ARM). Controles internos: FC por separado, mezcla de FC, ARM con FC sin vehicular. **Resultados:** Queratinocitos tras 24 hs de tratamiento: ARM+: cierre total de la herida, aumento del 40% de VC vs CN ($p < 0,05$); ARM: cierre parcial de la herida, aumento del 20% de VC vs CN ($p < 0,05$). Fibroblastos tras 24 h de tratamiento: ARM+: cierre parcial de la herida, aumento del 38% de VC vs CN ($p < 0,02$); ARM: cierre parcial de la herida, aumento del 29% de VC vs CN ($p < 0,05$). Fibroblastos tras 48 h de tratamiento: ARM+ y ARM: cierre total de la herida, aumento del 50% de VC vs CN ($p < 0,005$).

Discusión: Repavar® Aceite de Rosa mosqueta ha demostrado repetidamente su utilidad clínica en la cicatrización de heridas de diversa etiología. Algunos factores de crecimiento son fundamentales para la regeneración cutánea, estimulando la migración celular, la proliferación de queratinocitos y fibroblastos y acelerando procesos de reepitelización de la piel. La optimizada combinación de estos agentes (ARM+) resulta en una actividad sinérgica reparadora, demostrando in vitro mayor eficacia incluso que el ARM de referencia. **Conclusiones:** La formulación innovadora de Repavar® Aceite de Rosa mosqueta con dos factores de crecimiento adecuadamente vehiculizados demuestran un gran potencial cicatrizante experimental.

5. ACEITE DE ROSA MOSQUETA CON FACTORES DE CRECIMIENTO VEHICULIZADOS: INMUNOMODULACIÓN EPIDÉRMICA IN VITRO

G. Bacchini, G. Puig Algorta y E. Gil Luna

Departamento Médico. Ferrer Internacional S.A. Barcelona. España.

Introducción: El objetivo de este ensayo es evaluar cuantitativamente la actividad anti-inflamatoria in vitro y la capacidad de pro-

tección celular de una nueva formulación de aceite de rosa mosqueta (ARM) con dos factores de crecimiento (FC) vehiculizados (ARM+).

Material y métodos: Cuantificación de viabilidad celular (VC) mediante ensayo de citotoxicidad MTT y de citoquinas proinflamatorias (IL-1 α , IL-1 β , IL-8) mediante ensayo inmunoenzimático ELISA en epidermis humanas reconstituídas tridimensionales (SkinEthic Laboratories). Control negativo (CN): epidermis sin tratar. Control positivo de inflamación: epidermis tratada con sodium lauril sulfato (SLS) 0,25% durante 40 minutos, para simular estrés químico moderado e imitar situación proinflamatoria. Controles internos: epidermis tratadas con ARM de referencia Repavar® y ARM+, respectivamente. Situaciones de ensayo: epidermis pretratadas con SLS 0,25%, 40 minutos, tratadas posteriormente con ARM y ARM+, respectivamente. Exposición a cada tratamiento durante 16 horas a 37 °C, 5% CO₂.

Resultados: Tras el estrés químico, el ARM+ demostró proteger la VC un 33% vs el control de inflamación y disminuir significativamente la liberación de citoquinas proinflamatorias: 50,5% en IL-1 α , 68,3% en IL-1 β y 34,7% en IL-8. A su vez, el ARM también demostró una inhibición significativa aunque menor de estas citoquinas: 39,1% en IL-1 α , 38,6% en IL-1 β y 2,0% en IL-8.

Discusión: Repavar® Aceite de Rosa mosqueta ha demostrado repetidamente su utilidad clínica en la cicatrización de heridas de diversa etiología. Algunos factores de crecimiento poseen propiedades inmunomoduladoras y antifibróticas que pueden ayudar en procesos de reparación de la piel, minimizando el riesgo de generación de cicatrices indeseables. La optimizada combinación de estos agentes (ARM+) resulta en una actividad sinérgica antiinflamatoria, demostrando in vitro mayor eficacia incluso que el ARM de referencia y, adicionalmente, capacidad de protección celular.

Conclusiones: La formulación innovadora de Repavar® Aceite de Rosa mosqueta con dos factores de crecimiento adecuadamente vehiculizados demuestra un gran potencial antiinflamatorio experimental.

6. NIVEA ... ¿LA CREMA DE LA CAJA AZUL?

R.M. Díaz Díaz, V. Leis Dosil, C. Garrido Gutiérrez, P. Maldonado Cid y M. Utrera Busquets

Sección de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. España.

Introducción: Nivea es probablemente el nombre de la crema hidratante más conocida en España.

Objetivos: Realizar un recorrido por la historia del desarrollo de Nivea desde sus inicios hasta la actualidad.

Material y métodos: Revisión bibliográfica sobre dicho tema, haciendo especial hincapié en el material publicitario de la marca en España.

Resultados: Podemos establecer tres etapas: 1. Inicio y primer desarrollo; 2. Expansión de la marca; 3. Situación actual.

Conclusiones: En nuestro país existe una larga trayectoria en la utilización y expansión de Nivea crema.

7. USO DE BRIMONIDINA EN GEL PARA LA CORRECCIÓN DE OJERAS

M. Rodríguez Martín, N. Merino de Paz, P. Contreras Ferrer, Y. Hernández Alonso y M. Sáez Rodríguez

Hospital Quirón Tenerife. Dermamedicina Clínicas. Tenerife. Hospital Reina Sofía. Córdoba. Universidad de La Laguna. Tenerife. Centro Madre. Tenerife. España.

El término "ojera" se refiere al signo de presentar una coloración oscura alrededor de los ojos y se considera una de las principales

causas de consulta estética. Su origen etiológico es múltiple, siendo complicada la clasificación de las mismas. En muchas ocasiones, la presencia de ojeras junto con otros signos en área periorcular como el surco de Dennie-Morgen resultan indicativos de ciertas enfermedades cutáneas como la dermatitis atómica. De forma clínica se pueden clasificar las ojeras mediante inspección visual y luz de Wood en ojeras de tipo vascular, pigmentado o mixto, siendo este último el más frecuente. En el subtipo pigmentario, se han relacionado múltiples factores asociados como el estrés, atopía y predisposición familiar. Para mejorar de forma cosmética la ojera, múltiples procedimientos han sido descritos, desde camuflaje hasta tratamientos basados en principios despigmentantes, vasoactivos, plasma rico en plaquetas, técnicas de láser o materiales de relleno. Describimos en este trabajo la respuesta clínica y tolerancia al tratamiento de 15 pacientes tratados con brimonidina tópica en gel para la mejoría estética de las ojeras de origen vascular y mixto. Presentamos la primera serie clínica de pacientes tratados con este fármaco para la mejoría de ojeras hasta la actualidad.

8. AGENDA Y RESERVA ON-LINE CON PREPAGO PARA CONSULTAS MÉDICAS PRIVADAS

M.E. del Prado Sanz, D. Martínez Pérez y J. Dabarca Soto

Espacio Dermo-Estético (EDE).

Introducción: Las nuevas tecnologías informáticas: (internet, agendas digitales, reservas on-line y plataformas de pago) pueden ayudarnos en nuestros negocios privados.

Material y métodos: Cualquier dispositivo (ordenador, PC, tablet, móvil) con conexión a internet.

Resultados: Agrupar en una sola herramienta la agenda de citas, catálogo de tratamientos y sus tarifas, permitiendo reservar on line el día, hora y tratamiento con un pago simbólico (%) de la reserva personalizada.

Conclusiones: Evitar el absentismo y el gasto que generan los pacientes que no se responsabilizan de acudir a la cita previamente concertada, a través de este método de cita y pago on line estandarizado, diseñado por profesionales del sector informático para consultas y/o clínicas médicas especializadas.

9. FALLO DE RESPUESTA TRAS LA REINTRODUCCIÓN DE ADALIMUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE SILICONOMAS

N. Barrado Solís, P. Molés Poveda, C. Lloret Ruiz, S. Lucas Truyols y J.M. Miquel

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

Introducción: La formación de granulomas a cuerpo extraño es una de las complicaciones más frecuentes tras la inyección de silicona, pudiendo ser su tratamiento todo un reto para el dermatólogo.

Caso clínico: Mujer de 54 años diagnosticada de siliconomas en el labio superior mediante estudio histológico y ecografía cutánea. Tras el tratamiento inicial con corticoides intralesionales asociados a corticoides orales la paciente mostró escasa mejoría y aparecieron nuevas lesiones peribucales, en mejilla izquierda, periorbitarias y en región intercililar. Se decidió asociar minociclina, sin mostrar evidente respuesta. Dada la falta de mejoría con esta combinación, se inició adalimumab a la misma dosis utilizada en psoriasis grave. Tras su introducción, la paciente manifestó una respuesta espectacular. Sin embargo, dada la aparición de molestias osteoarticulares subjetivas y la resolución de las lesiones, se suspendió la terapia biológica tras 5 meses de tratamiento. Lamentablemente, las lesiones reaparecieron 2 meses después, reintroduciéndose adalimumab, con nula respuesta. Actualmente mantiene tratamiento con

infiltraciones esteroideas frecuentes, tandas cortas de corticoides orales y alopurinol, con poca mejoría.

Discusión: El tratamiento de los siliconomas comprende corticoides orales e intralesionales, antibióticos de amplio espectro, inmunomoduladores tópicos, laserterapia, incluso técnicas quirúrgicas. En los últimos años, se han reportado algunos casos de remisión completa con agentes antiTNF, que estarían indicados en aquellos casos más difíciles de tratar. Nuestra paciente fue tratada con adalimumab, con muy buena respuesta inicial. Sin embargo, hubo un fallo de respuesta tras un periodo de descanso. Esto puede ser debido al desarrollo de inmunogenicidad. En la actualidad se sabe que todos los fármacos biológicos, incluidos los de estructura totalmente humana como adalimumab, son capaces de inducir una respuesta inmune en el huésped, condicionando los niveles y la función del fármaco y, consecuentemente, la pérdida de eficacia del fármaco.

10. ALOPECIA CICATRICIAL PRIMARIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS TRATADOS CON LÁSER ND:YAG Y ZINC ORAL

R. Giménez García y T.E. de Lázaro Cantalejo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: La alopecia cicatricial se define por una pérdida permanente del pelo caracterizado clínicamente por la desaparición del ostia folicular e histológicamente por la destrucción del folículo piloso. La foliculitis decalvans y la foliculitis/celulitis disecante (*perifolliculitis abscedens et suffodiens*) se incluyen en el grupo de alopecias cicatriciales primarias neutrofílicas. Las alopecias cicatriciales son de difícil diagnóstico y manejo terapéutico. Presentamos dos casos de alopecia cicatricial primarias, tratados con gluconato de zinc vía oral y laserterapia, con buena respuesta.

Casos clínicos: Dos varones de 22 y 16 años de edad con diagnóstico de celulitis disecante y foliculitis decalvans, respectivamente, fueron tratados con zinc oral seguido de laserterapia con láser Nd:YAG 1064 nm durante 3 meses con muy buena respuesta.

Conclusiones: La alopecia cicatricial constituye un reto diagnóstico y terapéutico. Una evaluación clínica detallada basada en una cuidadosa historia clínica, un estudio microbiológico, dermatoscopia y un estudio histopatológico facilitan una diagnóstico precoz. La finalidad del tratamiento se centra en la reducción de los síntomas y el entretimiento o parada de la progresión del proceso inflamatorio en fases tempranas. Tanto en la foliculitis/celulitis disecante como en la foliculitis decalvans se ha utilizado con éxito el tratamiento con láser (800 nm diode laser, 694 nm long-pulse non Q-switched ruby laser, long-pulsed Nd:YAG) y con terapia fotodinámica. En nuestra opinión, la combinación de zinc oral y laserterapia puede ser una opción terapéutica en algunos casos de alopecia cicatricial primaria.

11. GLICOPIRROLATO ORAL EN EL TRATAMIENTO DE HIPERHIDROSIS PRIMARIA NO CONTROLADA MEDIANTE OXIBUTININA ORAL: 23 CASOS

F.J. del Boz González, J.F. Millán Cayetano, P. García Montero, N. Blázquez Sánchez y M. de Troya Martín

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: Los anticolinérgicos orales (ACO) suponen una alternativa terapéutica de contrastada efectividad y seguridad en el manejo de la hiperhidrosis. No existen hasta ahora estudios centrados en el uso un determinado ACO en pacientes en que el tratamiento con otro ACO diferente fracasó (por ineficacia/intolerancia), y pocos sobre glicopirrolato oral (GIO). Nuestro objetivo fue evaluar efectividad y seguridad del uso de GIO en pacientes en que fracasó la oxibutinina oral.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes con hiperhidrosis primaria tratados con GIO tras fracaso con oxibutinina (enero 2012-octubre 2014), describiéndose la cohorte de pacientes seleccionada y evaluándose respuesta y tolerancia al tratamiento en 3 y 12 meses. Se usó escala específica (HDSS) para valorar la respuesta terapéutica. El GIO se pautó con dosis progresivamente crecientes según respuesta y tolerancia desde 2 mg/día.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (17 eran mujeres) de 11-68 años (media 33 años). La dosis diaria habitual de GIO fue 2-8 mg/día con una media 3,4 mg/día (a los 3 meses) y 2,5 mg (al año). A los 3 meses mejoró la sudoración en 19 pacientes (82,6%), considerándose excelente en 15 (65,2%). Dos abandonaron antes de 3 meses, y otros 8 más antes de un año. Entre los 13 pacientes que seguían el tratamiento al año, presentaron 10 respuesta excelente, moderada en 2, y uno no respondió. Presentaban efectos adversos (xerosis oral fundamentalmente) 18 pacientes (78,3%) a los 3 meses y 8 de los 13 pacientes (61,5%) seguidos a los 12 meses. El abandono se produjo en 10 pacientes, por efectos adversos (5), ineficacia (2), ineficacia y efectos adversos (1) o por decisión del paciente (2).

Conclusiones: El fracaso en el manejo de hiperhidrosis con oxibutinina no equivale al fracaso con otros ACO, pudiendo ser el GIO una alternativa especialmente útil en estos casos.

12. ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE REFRACTARIA CON RESPUESTA SATISFACTORIA A TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

J. González Ramos, M.L. Alonso Pacheco, M. Mayor Arenal, A. Mayor Ibarguren y P. Herranz Pinto

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

Introducción: La enfermedad de Fox-Fordyce (EFF) es una entidad crónica de etiología desconocida caracterizada por pápulas intensamente pruriginosas en regiones ricas en glándulas apocrinas. Se asocia frecuentemente a hipohidrosis. Actualmente no hay un tratamiento definitivo para esta rara enfermedad. Presentamos el primer caso de EFF con importante mejoría clínica y sintomática tras una sesión de toxina botulínica tipo A (Botox®).

Caso clínico: Mujer de 52 años con pápulas muy pruriginosas en ambas axilas asociadas a hipohidrosis de 25 años de evolución. Había sido tratada previamente con corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina, antitranspirantes y pregabalina sin éxito. La biopsia cutánea mostraba un tapón queratósico en el infundíbulo folicular con dilatación glandular y espongirosis, todo ello compatible con EFF. Basándonos en el efecto antipruriginoso del Botox en entidades como el liquen simple, la nostalgia parestésica o el prurito braquioradial, realizamos un intento terapéutico con 100 U para ambas axilas. Se inyectaron 2 U por punto separados estos 2 cm entre ellos. El prurito remitió a las 2 semanas de tratamiento y las pápulas disminuyeron de tamaño. Esta respuesta se ha mantenido durante 8 meses de seguimiento.

Comentarios: El mecanismo por el que se produjo la mejoría en este caso es desconocido, si bien se sabe que el Botox causa una quimiodenervación de las terminaciones colinérgicas, inhibiendo así la secreción sudorípara, así como la liberación de sustancias implicadas en el prurito. Las glándulas apocrinas están bajo control adrenérgico y se han descrito casos de osmidrosis tratados satisfactoriamente con Botox. También nos basamos en un caso descrito de EFF exacerbada por hiperhidrosis que respondió a antitranspirantes y en dos de paraqueratosis granular axilar que respondieron a Botox. Reportamos el primer caso de EFF refractaria tratada exitosamente con Botox, siendo éste por tanto una alternativa terapéutica eficaz para esta enfermedad.

13. BRIMONIDINA TARTRATO 0,5% FORMULADO EN GEL CON EXTRACTO DE ÁRNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ERITEMA DE LA ROSÁCEA

L.C. Sáez Martín^{a,b}, E. Suñer Ollé^b, M. Sánchez García^c, C. Bajo del Pozo^c y R. Suárez Fernández^a

^aServicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ^bLaboratorios MartiDerm®. ^cUnidad de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España.

Introducción: La brimonidina es un agonista altamente selectivo de los receptores β_2 -adrenérgicos con actividad vasoconstrictora. El objetivo del estudio fue analizar la eficacia y seguridad de la brimonidina tartrato tópica al 0,5% utilizando como vehículo una base cosmética comercializada con activos venotónicos, protectores vasculares y filtros solares para el tratamiento del eritema de la rosácea.

Material y métodos: La fórmula se preparó interponiendo la brimonidina en agua destilada y posterior incorporación, tras estudio previo de estabilidad galénica. El medicamento se aplicó una vez al día por la mañana durante un mes en 12 pacientes (hombres/mujeres al 50%) (edad media 52 años). En la visita inicial se hizo seguimiento iconográfico y una evaluación clínica del eritema facial (ECE) por parte del investigador junto a una autoevaluación del paciente (AEP) mediante cuestionarios específicos en los momentos 0, 30 minutos, 3 y 6 horas de la aplicación.

Resultados: A los 30 minutos la mitad y a las 3 horas el 83,34%, piel clara o casi clara que se mantuvo en la ECE de las 6 horas. En ninguno persistió eritema grave o moderado. En la AEP a los 30 minutos el 50% claro o casi claro y a las 6 horas el 66,67%. Ninguno refirió rojez inaceptable. Al mes de tratamiento, el 100% estuvo muy satisfechos con el tratamiento y calificaron la fórmula como muy eficaz, agradable y con buena sensación de hidratación. No se observaron acontecimientos adversos en relación con el tratamiento.

Discusión: La piel de la rosácea es altamente intolerante y reactiva. Utilizar un excipiente adecuado es importante para conseguir un buen resultado terapéutico.

Conclusiones: Aunque serían necesarios más estudios, se postula que la administración tópica de esta fórmula magistral ayuda a disminuir el eritema de la rosácea durante un mínimo de 6 horas, con un excelente grado de tolerancia.

14. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE BIONATAR

L.G. Roustán Gullón, M. Velasco, M. Ara, A. Carrizosa y M. Carrascosa

Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. Hospital Arnau de Villanova. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Consulta Privada. Sant Adrià del Besós. Barcelona. España.

Objetivos: Determinar la eficacia de un champú para la psoriasis del cuero cabelludo a base de ictiol, aceite de Inca inchi, extracto de sauce blanco y ácido glicólico en pacientes con psoriasis del cuero cabelludo, después de un periodo de 30 días de tratamiento, habiéndose aplicado el producto 2-3 veces por semana. Se midió la intensidad del prurito, grado de descamación, eritema, infiltración, índice de calidad de vida, así como el grado de aceptación del producto antes y después de usarlo.

Material y métodos: Se seleccionaron 5 dermatólogos. Cada uno incluyó a 5 pacientes con el diagnóstico de psoriasis de cuero cabelludo. Se realizó una primera visita dónde se evaluaron los parámetros a medir antes del comienzo del tratamiento. Se hizo entrega de los envases del champú necesarios para 1 mes de tratamiento. A las 4 semanas se midieron de nuevo los parámetros en cada paciente.

Resultados: Se evaluó un total de 25 pacientes, de los cuales se pudo realizar seguimiento completo de 23 de ellos. La edad media fue de 42,5 años. La distribución por sexo fue: 60,8% mujeres y 39,13% hombres. Un 82,61% de los pacientes estuvo con tratamiento sistémico o tópico concomitante. Un 73,23% de los pacientes consideró que Bionatar fue eficaz contra la psoriasis de cuero cabelludo. Se redujo el prurito en el 86,95% de los pacientes, un 39,97% de ellos experimentó un alivio significativo. Un 43,47% mejoró moderadamente el grado de descamación y un 34,76% de forma más significativa. El 65,2% experimentó mejoría en el grado de infiltración y en el 30,34% se mantuvo estable. El 68,56% de los participantes consideró que deja el pelo suave y fácil de desenredar, el 52,17% aprecia más volumen, el 82,6% asegura sentir confort y alivio al usarlo, y al 69,56% le agradó el olor del champú tratante.

15. PLASMA RICO EN PLAQUETAS: ¿ES REALMENTE EFECTIVO COMO TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA?

A. J. Alcaide Martín y T. Meyer González

Servicio de Dermatología. Hospital Quirón. Málaga. Unidad de Tricología y Trasplante Capilar. BHR Clinic Spain.

Introducción: La alopecia areata es un trastorno frecuente de tipo autoinmune y de causa desconocida que produce una pérdida de cabello, generalmente limitado al cuero cabelludo, pero que puede también afectar a otras partes como cejas, barba, pelo corporal, así como a las uñas. Aunque es una enfermedad médicamente benigna, tiene una influencia profunda en la calidad de vida de los pacientes. Hay muchos tratamientos empleados para la alopecia areata, según su gravedad o extensión, aunque no siempre son eficaces. El plasma rico en plaquetas ha emergido últimamente como nueva modalidad de tratamiento en dermatología, y algunos estudios preliminares sugieren que puedan tener un efecto beneficioso en el crecimiento del pelo.

Caso clínico: Presentamos un varón de 24 años de edad con alopecia areata desde los 15 años, la cual comenzó siendo en placas, hasta evolucionar progresivamente a universal. Durante la evolución de la enfermedad realizó múltiples tratamientos (tópicos y sistémicos), que abandonó por falta de eficacia o por aparición de efectos secundarios. Basándonos en algunos casos publicados y puesto que el paciente se negaba a realizar tratamientos orales o con posibles efectos secundarios importantes, se inicia tratamiento con infiltraciones mensuales de plasma rico en plaquetas. Ya tras la primera sesión se objetivó recrecimiento del cabello y, tras 15 sesiones de infiltraciones, se ha producido repoblación de la práctica totalidad del cuero cabelludo, así como vello facial y corporal, pese a que las infiltraciones solamente se limitaron a cuero cabelludo. No se observaron efectos secundarios, salvo discreto dolor en la zona de inyección, perfectamente tolerado por el paciente.

Discusión: Este caso demuestra que el plasma rico en plaquetas puede ser un tratamiento seguro y efectivo como tratamiento de la alopecia areata, aunque, por supuesto, son necesarios estudios más rigurosos para asegurarlo de forma definitiva.

16. TATUAJE CON DERMATITIS DE CONTACTO Y RESPUESTA COMPLETA A MESOTERAPIA CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

M. T. Monserrat García, R. Cabrera Pérez y J. Conejo-Mir Sánchez
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El incremento tan notable de tatuajes en la población ha repercutido en la mayor incidencia de sus complicaciones dermatológicas, entre ellas las dermatitis de contacto (DC), siendo el pigmento rojo es el más comúnmente implicado. Como la eliminación completa del pigmento causante de la DC es muy infrecuente, el tratamiento efectivo es difícil.

Caso clínico: Mujer de 35 años que hace 3 años se realizó un tatuaje en tercio inferior de pierna izquierda, que al retatuarlo a los 9 meses para darle color en algunas zonas desencadenó una extensa DC, afectando exclusivamente a las nuevas zonas coloreadas. A la exploración, se apreció eritema, inflamación y úlceras en las áreas de pigmento rojo y naranja. Como la corticoterapia tópica y oral solo consiguió mejorías transitorias, se optó por extirpación quirúrgica de una de las zonas ulceradas. La paciente rechazó proseguir con la cirugía en otras zonas, por lo que iniciamos mesoterapia con PRP en las zonas ulceradas. Después de 3 sesiones la resolución del cuadro fue completa y, sorprendentemente, sin retirar los pigmentos causantes no se observaron recaídas.

Discusión: Los pigmentos rojo, naranja y verde son causantes de la mayoría de las DC alérgicas en tatuajes. El tratamiento médico suele ser decepcionante, con recaídas frecuentes que obligan a tratamientos definitivos mediante cirugía o láser. La mesoterapia con PRP, que libera gran cantidad de factores de crecimiento y otras moléculas con propiedades antibacteriana, quimiotáctica, proliferativa y angiogénica, produjo de forma inesperada una curación completa de las lesiones. No sabemos interpretar realmente cuál ha sido el mecanismo de acción para evitar las recaídas, pero la persistencia de la desaparición de DC nos hace considerarla como una posibilidad terapéutica en casos similares, evitando láser o cirugía.

17. HIPERHIDROSIS TORÁCICA UNILATERAL COMPENSADORA TRATADA CON TOXINA BOTULÍNICA

C. Lloret Ruiz, N. Barrado Solís, S. Lucas Truyols,
A. Arnandis Muñoz y F. Millán Parrilla

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

Introducción: Las alteraciones de la sudoración (hipohidrosis o hiperhidrosis) pueden ser primarias (focales o generalizadas) o bien secundarias a medicamentos, agentes físicos, alteraciones cutáneas o neurológicas, entre otras. Exigen una minuciosa historia clínica, una exploración física y en ocasiones algunas pruebas complementarias para cuantificarlas y para delimitar el área afectada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de una neoplasia de ovario que precisó tratamiento con radiocirugía de una metástasis pulmonar hiliar derecha hace 5 años. Hace 3 años se le diagnosticó un carcinoma de mama, también en el lado derecho, que precisó una mastectomía radical y una linfadenectomía axilar. Posteriormente, la paciente consultó por un aumento de la sudoración en el lado izquierdo del tórax. Realizamos la prueba del yodo-almidón de Minor, que mostró una hipohidrosis del hemitórax derecho, tanto anterior como posterior, y una discreta hiperhidrosis del izquierdo. La exploración neurológica fue normal. Se descartaron alteraciones en el hipotálamo, cadena simpática cervical o intratorácicas mediante TAC y resonancia. Dado que el motivo de queja de la paciente no era la hipohidrosis derecha, sino la hiperhidrosis relativa torácica izquierda, realizamos una aplicación de 50 unidades de toxina botulínica A. Una semana después repetimos el test de Minor y aplicamos toxina botulínica en las zonas de hiperhidrosis restantes, con una gran mejoría de la clínica.

Discusión: La anhidrosis o hipohidrosis focal es un fenómeno infrecuente, generalmente idiopático o relacionado con lesiones cerebrales, espinales o con neoplasias intratorácicas. En nuestro caso creemos que se justifica por la radiación recibida y por la cirugía radical en la mama derecha. El motivo de consulta suele ser la hiperhidrosis compensadora contralateral. La toxina botulínica A inhibe la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular y su aplicación es una técnica de gran utilidad en la hiperhidrosis axilar y el síndrome de Von Frey.

18. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON AGA TRATADOS CON STEMXYDINE 5%

C. Serrano^a, A. Guerra^b, A. Camps^c, M. Galán^d y G. Garnacho^e

^aHospital de Alta Resolución de Guadix. Granada. ^bHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^cClínica Dermatológica Dermalás. ^dCentro Médico Teknon. Barcelona. ^eComplejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

Introducción: La alopecia androgenética (AGA) es una de las causas más frecuentes de consulta en dermatología, tanto en el hombre como en la mujer, e implica una disminución de la autoestima y autoconfianza, así como mayores índices de depresión y ansiedad. Stemoxydine al 5% se ha identificado como un inhibidor competitivo de HIF-1, con capacidad de inducir in vitro la señalización hipóxica. La interacción células madre papila dérmica (PD) es crucial para el desarrollo normal del folículo piloso y del ciclo capilar, y se ha implicado en el origen de la AGA. Por otra parte, la inducción de la señalización de la hipoxia también influye en el mantenimiento y regulación de la función de células madre del folículo piloso. La señalización de hipoxia está mediada por el factor de hipoxia inducible 1 (HIF1), una enzima compuesta por un dímero α . En base a un estudio previo que confirma la eficacia de la Stemoxydine al 5% aplicado durante 3 meses (aumento en la densidad capilar total del 4% respecto a placebo, $p = 0,0363$) (Lousouarn G et al. Stemoxydine[®] and hair kenogen phase in androgenetic alopecia (AGA) Barcelona 2013), se planea este estudio con la finalidad de evaluar la eficacia y tolerabilidad de Stemoxydine al 5% en pacientes con AGA.

Objetivos: Evaluar la eficacia de Stemoxydine al 5% a los tres meses de aplicación, en pacientes con AGA (tratamiento en monoterapia o asociado a otros tratamientos. Evaluar la tolerancia y el impacto de la calidad de vida de los pacientes.

Metodología: Estudio observacional multicéntrico Se incluyeron 69 pacientes, hombres y mujeres de entre 18 a 45 años, con AGA (I-II escala de Ludwig en las mujeres y III-IV escala de Hamilton Norwood en los hombres). Se evalúa al paciente el día 0: visita inicial y el día 90: visita de evaluación. Se mide la eficacia mediante imagen obtenida por el sistema de calidad Canfield, y entrevista clínica. La tolerancia, calidad de vida y satisfacción sobre la calidad del cabello se evalúa mediante la Escala Específica Skindex-29 (escala numérica). Las variables cualitativas se describen mediante número y porcentaje, con intervalos de confianza del 95%. Las variables cuantitativas se describen con número, media, desviación estándar, mediana, mínimo, y máximo. Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante pruebas de 2 caras con una significación del 5%, excepto 1% (prueba de Shapiro-Wilk). Todos los análisis estadísticos se generaron utilizando SAS versión 9.3.

Resultados: El análisis muestra en un 97,6% alguna mejora del cabello. Mejora clara o muy clara en un 21,9% de las mujeres y un 40% de los hombres. Los resultados sobre el impacto en el problema muestran una disminución significativa entre D0 y D90. La evaluación sobre la satisfacción de los pacientes fue significativamente positiva (media 6,7). Stemoxydine[®] al 5% mostró en un 97% una tolerancia buena o muy buena. La evaluación de los dermatólogos mostró un impacto satisfactorio sobre el cabello del paciente en un 69,8%

Conclusiones: La estemoxidina se muestra como un tratamiento dermocosmético eficaz, seguro y de buena cosmética. Además, produce en los pacientes una disminución significativa del impacto del problema y una mejora en la calidad de vida del paciente (escala específica Skindex-29).

19. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EFICACIA DE POLICALM

A. Alomar Muntañola^a, P. Valerón^b, A. Pérez Gil^c, V.M. Leis Dosil^d y V. Rodríguez Ferque^e

^aHospital Universitario Quirón-Dexeus. Barcelona. ^bHospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ^cHospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla. ^dHospital La Moncloa. Madrid. ^eHospital La Rosaleda. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Objetivos: Evaluar la eficacia de una crema hidratante antipruriginosa compuesta de polidocanol, urea, menthol y azulenos (Policalm[®]) en pacientes mayores de 60 años que presenten picor en las piernas, después de 30 días, habiéndose aplicado el producto diariamente. Se observará la evolución del prurito, eritema, descamación, hidratación de la piel, así como el grado de satisfacción del paciente en relación a la galénica del producto y su eficacia.

Material y métodos: Se seleccionaron 10 dermatólogos y cada uno introdujo a 5 pacientes. En una primera visita se evaluaron los parámetros a medir en el estudio y se hizo entrega de los envases de Policalm[®] necesarios para 1 mes de tratamiento. El paciente fue informado de cómo tenía que utilizar el producto. Transcurridas 4 semanas se analizaron de nuevo los parámetros a evaluar.

Resultados: De 50 pacientes, se pudo realizar el seguimiento completo de 49; el paciente restante fue diagnosticado en dicho estudio de patología sistémica que cursa con prurito generalizado. La edad media de los pacientes fue de 71 años, un 60% varones y un 40% mujeres. El 92% manifestó sentir alivio instantáneo al aplicarse el producto y se redujo una media del 60% la intensidad del picor. El 70% de los pacientes que presentaban eritema notaron mejoría, llegando incluso a desaparecer dicho síntoma. El 73% de los pacientes experimentó mejora de la xerosis y el 88% mostró una disminución de la descamación, llegando incluso a eliminarse. El 98% de los pacientes incluidos consideran que Policalm[®] es un producto fácil de usar. Al 94% le agrada el olor mientras que el 6% restante muestra indiferencia. Un 98% afirma que Policalm[®] tiene una textura agradable, un 94% que se absorbe de forma rápida y un 84% que no deja residuo graso. El 86% de los pacientes se mostró satisfecho con Policalm[®].

20. SÍNDROME VULVO-VAGINO-GINGIVAL CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON METRONIDAZOL

D. González Fernández, S. Requena López y F. Valdés Pineda

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Gijón. Asturias. España.

Paciente de 31 años de edad con antecedentes de liquen plano cutáneo diseminado con buena respuesta a tratamiento combinado con corticoides sistémicos y fototerapia. Remitida desde el servicio de ginecología, hacia 2 años que presentaba lesiones compatibles histológicamente con liquen plano erosivo afectando de manera intensa a vulva y vagina provocando adherencias vaginales y sangrado intermenstrual. Se había instaurado tratamiento tópico con corticoides e inhibidores de calcineurina con escasa respuesta y sistémico con prednisona oral, presentando rápidas recidivas al suspender los tratamientos. Es derivada a nuestro servicio para valorar instauración de tratamiento inmunosupresor. A la exploración física presentaba estriación ungueal longitudinal con muescas distales triangulares, pápulas rojizas en la mucosa gingival maxilar superior e inferior, lesiones erosivas que afectaban a la vulva y la vagina provocando a este nivel adherencias que dificultaban la exploración. Carecía de lesiones cutáneas de liquen plano. Se realizó un hemograma y bioquímica completos que no presentaron alteraciones, así como despistaje de infección tuberculosa y de virus de hepatitis B y C cuyo resultado fue negativo. Con estos datos la paciente fue diagnosticada de síndrome vulvo-vagino-gingival, exponiéndosele las opciones terapéuticas disponibles y decidiendo de manera conjunta instaurar tratamiento con 30 mg de prednisona oral en pauta descendente durante 21 días y metronidazol 250 mg cada 12 horas de manera indefinida. La paciente fue revisada al mes de tratamiento habiendo desaparecido las erosiones, las adherencias y el sangrado intermenstrual, persistiendo únicamente al-

guna mácula blanquecina vaginal aislada. Tres meses después la mejoría se mantenía con el tratamiento con metronidazol. Presentamos un caso de síndrome vulvo-vagino-gingival, una rara variante del liquen plano, con buena respuesta a metronidazol por su efecto inmunomodulador. Creemos que esta es una opción terapéutica interesante en estas pacientes que precisen tratamiento sistémico dada su buena tolerancia y escasos efectos secundarios.

21. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE DIFÍCIL MANEJO

T. Fernández Morano^a, J. Bosco Repiso Jiménez^a, M.D. García de Lucas^b, C. Romero Gómez^b y M. de Troya Martín^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad compleja con formas de presentación clínica diversas en gravedad y afección orgánica. El manejo farmacológico clásico del LES incluye la utilización de antiinflamatorios no esteroideos, glucocorticoides, antipalúdicos, inmunosupresores y, en los últimos años, se han introducido nuevas terapias biológicas.

Caso clínico: Mujer de 20 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por la aparición de lesiones cutáneas en zonas acrales. Ante la sospecha de lupus sabañón se tomó una biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico y se solicitó una analítica con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Se instauró tratamiento con corticoides orales y tópicos pero las lesiones cutáneas eran cada vez más extensas e infiltradas. La paciente comenzó a manifestar artralgias y en los controles analíticos linfopenia y leucopenia. Ha recibido tratamiento con hidroxicloroquina, metotrexato, quinacrina, talidomida, azatioprina, lenalidomida, mifepolato de mofetilo sin control de las lesiones cutáneas ni articulares. Finalmente recibió tratamiento con belimumab asociado a hidroxicloroquina, mifepolato y prednisona a dosis bajas mejorando de las lesiones cutáneas y articulares.

Discusión: Actualmente no hay un tratamiento etiológico o curativo definitivo para el LES, sino sintomático para las manifestaciones de esta enfermedad, y globalmente no se puede establecer una pauta general de tratamiento. Belimumab está aprobado para el tratamiento de pacientes con LES activo, autoanticuerpos positivos y alta actividad de la enfermedad, pero a pesar de ser el tratamiento estándar no se recomienda en pacientes con afectación renal o del SNC. Presentamos el caso de una paciente con LES refractario a tratamientos convencionales y destacamos la importancia del manejo multidisciplinar y seguimiento estrecho de las posibles complicaciones asociadas tanto a la enfermedad como a los tratamientos empleados.

22. ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER TRATADA CON LÁSER CO₂

L. Ascanio Armada, X. Rodríguez Vásquez, M. Gómez Elosua, A. Pampín Franco y J.L. López Esteban

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester (EEC) es un histiocitosis de células no langerhans en la que las manifestaciones cutáneas son raras. Presentamos un caso con lesiones palpebrales tratadas con láser CO₂.

Caso clínico: Varón de 53 años afecto de enfermedad de Erdheim-Chester con lesiones en párpados de años de evolución que presentaban crecimiento progresivo y le dificultaban la apertura ocular completa. Presentaba múltiples tumoraciones amarillentas en párpado superior e inferior y placas similares en caras laterales de cuello. Se realizó biopsia que mostró ocupación de la dermis por células espumosas con la presencia de histiocitos multinucleados tipo Touton. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD68 y Factor

XIIIa y negativo para CD1a confirmando el diagnóstico de histiocitosis de células no langerhans. Se realizaron 2 sesiones de láser ablativo CO₂ con modo silk touch (10-12 w) con excelentes resultados.

Discusión: En la EEC la afectación más común es la ósea, siendo rara la afectación cutánea y cuando está presente afecta principalmente a los párpados con lesiones similares a los xantelasmas. El láser CO₂ tiene una longitud de onda de 10.600 nm, que es absorbida por el agua de los tejidos. Ha sido utilizado para tratamiento de otras enfermedades como neurofibromas, triquilemomas, siringomas y adenoma sebáceo de la esclerosis tuberosa, pero no hemos encontrado ningún caso de EEC con lesiones cutáneas tratadas con láser CO₂.

23. ESTUDIO PILOTO PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE UN NUEVO FOTOPROTECTOR ORAL FRENTE A RADIACIÓN INFRARROJA-VISIBLE

N. Jiménez Gómez^{a,c}, I. Joyce Dias^b, M. Mascaraque^b, M.T. Alameda^b, S. González^c, A. Juarranz^b y M.T. Truchuelo^c

^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bUniversidad Autónoma de Madrid. ^cClínica Grupo de Dermatología Pedro Jaén. España.

Introducción: Las radiaciones infrarroja (IR) y visible (VIS) constituyen el 93% de la radiación solar. Son capaces de penetrar en capas profundas de la piel y promover la generación de especies reactivas de oxígeno que producen daños celulares, favoreciendo el fotoenvejecimiento cutáneo. Además, se ha demostrado que potencian la acción deletérea de la radiación ultravioleta A sobre el ADN, fomentando la aparición de mutaciones y, por tanto, de lesiones potencialmente carcinogénicas. Un nuevo extracto de Polypodium leucotomos (Fernblock+[®]) ha demostrado in vitro que posee efectos protectores frente a las radiaciones IR-VIS, tanto por sus propiedades antioxidantes como por su capacidad para inducir la reparación de los daños del ADN.

Objetivo: Comprobar la eficacia clínica del nuevo complemento alimenticio Heliocare 360 Oral[®] (Fernblock+[®] más una combinación de antioxidantes) en la prevención de los efectos dañinos producidos por las radiaciones IR y VIS.

Métodos: Se realizó una biopsia de glúteo a 7 voluntarios antes y después de realizar una irradiación con IR-VIS. Se administraron 960 mg/día de Fernblock+[®] durante 21 días, y se realizó una nueva irradiación y biopsia. Se realizaron estudios histológicos y moleculares para determinar los niveles de mmp1 antes y después de la irradiación, con y sin tratamiento.

Resultados: Mediante RT-PCR se observó que en 5 de los 7 pacientes se incrementó la producción de mmp1 tras la irradiación con IR-VIS con respecto al estado basal, descendiendo llamativamente después de ser tratados con el fotoprotector oral. Mediante inmunohistoquímica se apreció que la irradiación no afectaba significativamente la estructura de la epidermis, pero sí provocaba una elevación en la producción de mmp1, que quedaba notablemente disminuida en 6 de los 7 pacientes tras el tratamiento con el producto.

Conclusiones: El tratamiento con Heliocare 360 Oral[®] durante 21 días previene la formación de mmp1 producida por la exposición a radiación IR-VIS.

24. HELIOCARE 360[®] TIENE CAPACIDAD ANTIOXIDANTE E INHIBE LA PRODUCCIÓN DE METALOPROTEINASA 1 INDUCIDA POR RADIACIÓN INFRARROJA

A. Delgado Rubín de Célix^a, A. Brieva^a, A. Ramírez^a, M. Domínguez^a, A. Guerrero^a, E. Carrasco^b, M. Alonso^b y A. Juarranz^b

^aIndustrial Farmacéutica Cantabria. ^bDepartamento de Biología. Facultad de Ciencias. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Introducción: El fotoenvejecimiento es el proceso superpuesto al envejecimiento intrínseco que implica la aparición de alteraciones

cutáneas producidas principalmente por la radiación solar. La radiación infrarroja A (IRA), de baja energía pero alto poder de penetración cutánea, promueve la generación de especies reactivas de oxígeno y de metaloproteinasas (MMP), y potencia la acción de la radiación ultravioleta A, favoreciendo en conjunto el fotoenvejecimiento.

Objetivos: Analizar in vitro los efectos antioxidantes y protectores de Fernblock FC® frente a la radiación IRA, y evaluar clínicamente la eficacia de la aplicación tópica de Heliocare 360® (conteniendo Fernblock FC®) en la prevención de la producción de mmP1 inducida por IRA.

Métodos: En cultivos de fibroblastos dérmicos, con o sin pretratamiento con Fernblock FC®, se evaluaron la capacidad antioxidante del activo y los niveles de mmP1 antes y después de la irradiación con luz IRA. En un estudio clínico piloto se analizaron los niveles de mmP1 en biopsias de glúteo de 3 voluntarios, antes y después de la irradiación con IRA, y después de tratar la zona tópicamente durante 30 minutos con Heliocare 360® e irradiar con IRA. El análisis de muestras se hizo mediante RT-PCR e inmunohistoquímica.

Resultados: In vitro se observó una elevada capacidad antioxidante de Fernblock FC®, así como una significativa prevención de la hiperproducción de mmP1 inducida por la exposición a IRA. La experiencia clínica confirmó estos resultados. Tras el tratamiento con Heliocare 360® no se produjo incremento de los niveles de mmP1 en respuesta a la irradiación.

Conclusiones: El tratamiento con Heliocare 360® ha demostrado ser un potente antioxidante que disminuye significativamente la producción de mmP1 inducida por la IRA. Queda demostrada la capacidad fotoprotectora de Heliocare 360® frente a la radiación infrarroja.

25. LINFANGIOMA MICROQUÍSTICO REFRACTARIO TRATADO CON ÉXITO CON RAPAMICINA TÓPICA

M.A. Sánchez Martínez, F. Muñoz, E. Roé, L. Puig y E. Baselga

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

Introducción: El linfangioma microquístico es una malformación vascular resultante del desarrollo anormal de los canales linfáticos. Puede causar una importante morbilidad con desfiguración, dolor o incluso infecciones. El tratamiento quirúrgico es el más definitivo, pero no siempre posible. No existe tratamiento médico aprobado. Se han descrito algunos casos tratados con bleomicina intralesional o laser con resultados en muchas ocasiones insatisfactorios.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 5 años con antecedentes de prematuro a las 35 semanas producto de la primera gestación de padres no consanguíneos y de intervención quirúrgica de un lipoblastoma interglúteo a las tres semanas de vida que presentaba una placa de linfangioma microquístico en glúteo. Inicialmente asintomática, se extendió por el periné causando prurito, exudación e infecciones locales. A los 3 años se realizaron 2 sesiones de láser multiplex sin resultados. Tras valorar el caso en comité, a los 4 años se realizaron tres sesiones de bleomicina intralesional sin disminución de la extensión. Por último, se indicó rapamicina tópica al 1% presentando a los 6 meses gran mejoría de la lesión con disminución de la extensión, del número de vesículas y de los episodios de exudación.

Discusión: El linfangioma microquístico es una malformación vascular que puede producir gran morbilidad y no existe un tratamiento efectivo aprobado. La vía PI3K/Akt/mTOR es importante en la vasculogénesis. Recientemente se ha descrito la mutación en PI3K en algunos linfangiomas microquísticos, lo que podría estar relacionado con el desarrollo de estos. La rapamicina inhibe la vía del mTOR, lo que ya se ha visto eficaz en otras patologías implicadas en esta vía como la esclerosis tuberosa y la linfangioleiomiomatosis. Dada la experiencia previa en el tratamiento efectivo de linfangiomas mi-

croquísticos superficiales, la rapamicina tópica podría ser una buena alternativa terapéutica para casos operables o refractarios.

26. PAPEL DE LA DAPSONA EN EL MANEJO DEL PENFOGOIDE AMPOLLOSO ATÍPICO

P. de Pablo Martín, D. García Romero y Y. Hilara Sánchez

Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez. Madrid. España.

Introducción: El penfagoide ampuloso PA es la enfermedad ampulosa autoinmune de mayor incidencia, afectando mayoritariamente a personas de edad avanzada y, por tanto, muchos de ellos polimedicados y con mayor riesgo de efectos secundarios adversos. Las formas más extensas o graves se consideran de primera indicación para su tratamiento con la corticoterapia oral, aunque si la respuesta no es la adecuada o los riesgos de efectos adversos aparecen, la dapsona se plantea como tratamiento de elección en este grupo de pacientes.

Casos clínicos: Dos varones de 61 y 72 años, con pluripatologías de base, presentaron lesiones ampulosas extensas e intensamente pruriginosas que con la sospecha clínica y la confirmación histológica y por inmunofluorescencia fueron diagnosticados de PA. Ambos pacientes no tuvieron respuesta clínica mediante corticoides orales 1 mg/kg/día, pero sin embargo la respuesta al añadir dapsona fue completa y total con dosis variables pudiendo suspenderse en ambos la corticoterapia oral. Los pacientes llevan 3 años en tratamiento pues la evolución es de reaparición del prurito y lesiones al intentar reducir o retirar el tratamiento con dapsona.

Discusión: Basándonos en la práctica clínica con estos dos pacientes, los efectos adversos que presentaron y cómo los solventamos, y su evolución, aportamos datos sobre el manejo práctico de la dapsona en esta patología.

27. ENFERMEDAD DE BOWEN TRATADA EXITOSAMENTE CON INGENOL MEBUTATO: A PROPÓSITO DE 4 CASOS

M. Quintana Codina y M. Salleras Redonnet

Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

Introducción: La enfermedad de Bowen (EB) es una expresión clínica de carcinoma escamoso in situ de la piel, que entre un 3 y un 26% de los casos pueden progresar a carcinoma escamoso invasivo. Existen diferentes opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas.

Casos clínicos: Presentamos cuatro pacientes diagnosticados de EB localizada en la pierna izquierda, muslo derecho, zona preauricular izquierda y zona mandibular derecha, respectivamente. En el primer caso, la paciente había recibido tratamiento previo con terapia fotodinámica e imiquimod 5%. Todos los casos se trataron con ingenol mebutato (IM) según ficha técnica. En los cuatro casos se observó una reacción inflamatoria moderada-severa seguida de la resolución clínica de la lesión, que se confirmó histológicamente mediante biopsia. El tiempo de seguimiento de los pacientes oscila entre 3 y 16 meses, sin signos clínicos de recidiva de la enfermedad.

Discusión: El IM es un éster diterpeno derivado de la planta *Euphorbia peplus*, que actúa como tóxico en la epidermis y como inmunomodulador en la dermis. Actualmente está aprobado para el tratamiento de las queratosis actínicas, a pesar de que existen estudios que demuestran su eficacia en el carcinoma basocelular superficial. Asimismo, se han descrito varios casos clínicos aislados que sugieren que también podría ser eficaz en el tratamiento del carcinoma escamoso in situ. Presentamos cuatro casos de EB curada con IM, uno de los cuales sin respuesta previa a dos tratamientos convencionales. En nuestra experiencia, no hemos obtenido ningún caso resistente a IM. En conclusión, el IM podría ser una buena alternativa, cómoda y rápida, no solo para el tratamiento de los carcinomas escamosos in situ inoperables o recalcitrantes a otras

terapias, sino también como tratamiento de primera línea en pacientes con comorbilidades o reticentes a recibir tratamientos más largos o dolorosos. Son necesarios más estudios para confirmar estos resultados.

28. ÉXITO TERAPÉUTICO CON VACUNA TRIPLE VÍRICA EN VERRUGA SUBUNGUEAL RECALCITRANTE

C. Morales Raya, L. Maroñas Jiménez, V. Velasco Tamariz, C. Postigo Llorente y A. Guerra Tapia

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

Introducción: Las verrugas vulgares son proliferaciones cutáneas benignas debidas al virus del papiloma humano. Estas pueden ser dolorosas en determinadas localizaciones, como en la zona plantar o debajo de la lámina ungueal. Existe multitud de tratamientos, la mayoría tópicos, para el tratamiento de las mismas, si bien en ocasiones pueden ser muy resistentes y su tratamiento frustrante para el dermatólogo.

Caso clínico: Paciente de 45 años, sano por lo demás, con lesión verrucosa en borde distal subungueal del primer dedo de la mano derecha. Se había realizado multitud de tratamientos previos: ácido salicílico al 50% en terapia oclusiva, 5-Fluorouracilo tópico al 5%, imiquimod tópico, crioterapia y tratamiento con láser de colorante pulsado sin éxito. Se solicitó uso compasivo con cidofovir tópico que fue denegado. Tras revisar la literatura disponible, se decidió inmunoterapia intralesional con vacuna triple vírica. Tras 5 inyecciones intralesionales espaciadas cada 2 semanas, la lesión experimentó cambios inflamatorios. Tras el 7º ciclo se observó regresión total de la misma, que se mantiene después de más de 12 semanas de seguimiento.

Discusión: Las verrugas recalcitrantes suponen un problema terapéutico ya que, aunque existen multitud de opciones terapéuticas, muchas veces son decepcionantes en cuestión de eficacia, efectos

adversos y tasas de recurrencia. La inmunoterapia intralesional con vacuna triple vírica se propone como un tratamiento seguro, económico y disponible en todos los centros, siendo efectiva no solo en la verruga tratada, sino también en lesiones a distancia.

29. TRATAMIENTO DE LA CONDRODERMATITIS NODULAR DEL HÉLIX CON INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO

D. Saceda Corralo, A. Hermosa Gelbard, S. Vañó Galván y P. Jaén

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

Introducción: La condrodermatitis nodular del hélix es una inflamación benigna y dolorosa que afecta al hélix o antihélix del pabellón auricular. Se han propuesto diversas opciones terapéuticas, con un número limitado de estudios que evalúen su eficacia. En muchos casos el tratamiento de esta entidad supondrá un reto para el dermatólogo. Presentamos una nueva opción terapéutica mediante la infiltración de ácido hialurónico con una excelente respuesta en 4 pacientes.

Material y métodos: Se incluyeron 4 pacientes con condrodermatitis nodular del hélix diagnosticada clínicamente con confirmación histológica que habían recibido diferentes tratamientos previos sin éxito. Se evaluó el dolor mediante una escala numérica del (0-10) antes del procedimiento, al mes y a los 3 meses. La evolución clínica de la lesión se evaluó a los 3.

Resultados: Todos los pacientes presentaron una mejoría notable de su dolor al mes del tratamiento, llegando incluso a desaparecer. La respuesta se mantuvo a los 3 meses y en ninguno de los casos fue necesario volver a realizar una infiltración. No se registraron efectos adversos, salvo leve inflamación durante los días posteriores a la infiltración.

Conclusiones: La infiltración con ácido hialurónico es una opción terapéutica efectiva y segura en la condrodermatitis nodular del hélix resistente a otros tratamientos.