



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Reunión del Grupo Español de Dermatología Quirúrgica, Láser y Oncología Cutánea de la AEDV Donostia-San Sebastián, 24 y 25 de noviembre de 2017

Ponencias

1. GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

B. Llombart Cussac

2. NEVUS CONGÉNITO GIGANTE. CONCLUSIONES DE UNA SERIE DE 125 PACIENTES

C. Ceballos Rodríguez

El síndrome de nevus melanocítico congénito consiste en la presencia de uno o más nevus melanocíticos desde el nacimiento. Es debido a una mutación postzigótica activadora en el gen NRAS. Dos importantes complicaciones de este síndrome son la melanosis neurocutánea y el melanoma, cuyo riesgo aumenta con el tamaño del nevus, con el número de lesiones satélite y en ciertas localizaciones. Se consideran nevus melanocíticos congénitos gigantes (NMCG) aquellos que tienen un tamaño en la edad adulta (PAS) mayor o igual a 20 centímetros. Afectan a 1/20.000 recién nacidos vivos y tienen un riesgo de desarrollar melanoma del 5-10%. En nuestro grupo hemos entrevistado y realizado control evolutivo de los pacientes con NMCG seguidos en Cirugía Plástica Infantil del Hospital Universitario La Paz y de aquellos entrevistados en las reuniones anuales de Azonevus, llevando a cabo un estudio sobre los antecedentes familiares y personales, las características epidemiológicas y clínicas, los tratamientos recibidos y la calidad de vida en estos pacientes.

3. EXPANSIÓN TISULAR MÚLTIPLE EN EL TRATAMIENTO DE LOS NEVUS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS GIGANTES

J.C. López Gutiérrez

La expansión tisular es nuestra técnica de elección en el tratamiento de los nevus melanocíticos congénitos gigantes localizados

en cara, tronco y raíz de miembros. Se trata de una técnica que permite proporcionar tejido donante adyacente y de la misma calidad desarrollando grandes colgajos de avance. La realización de colgajos de avance permite un mejor resultado final de la parte reconstruida, menor riesgo de distorsión anatómica, mejor posicionamiento y menor riesgo de retracción en las cicatrices resultantes. Asimismo esta técnica permite el cierre de la herida quirúrgica sin tensión, una mínima pérdida sanguínea y una gran exéresis del nevus tras el procedimiento de expansión. Tradicionalmente hay temor a la hora de implantar más de 2 expansores en un mismo paciente por miedo al aumento de complicaciones, lo que alarga el tratamiento y multiplica el número de intervenciones. Hemos evaluado nuestra experiencia en 19 pacientes a los que se les implantaron entre 3 y 7 expansores, en un mismo tiempo quirúrgico, incluyendo la duración del proceso, la calidad de vida durante el mismo, el resultado y las complicaciones. La edad media en el momento de la intervención fue de 5 años. La estancia media postimplante fue de 4 días y el tiempo medio hasta la retirada de los expansores fue de 85 días. No hemos encontrado diferencias significativas en la tasa de complicaciones pero sí en la reducción del número de intervenciones hasta la extirpación completa de la lesión por lo que consideramos que la expansión tisular múltiple es una técnica segura y eficaz que permite reducir significativamente el número de intervenciones quirúrgicas, así como el tiempo y edad de exéresis completa del nevus.

4. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA DE LA HIDROSADENITIS

J.C. Pascual Ramírez

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad compleja, inflamatoria, crónica y que puede asociar múltiples comorbilidades. Actualmente no existe ningún tratamiento universalmente eficaz para el manejo de estos pacientes. La combinación de tratamientos médicos y quirúrgicos suele ser obligada. El control de la actividad inflamatoria de la enfermedad se considera adecuado antes de plantear ningún tratamiento quirúrgico. Dicho enfriamiento de la inflamación facilita la cirugía, ya que permite diferenciar mejor entre tejido enfermo y tejido sano y además ayuda a una curación

óptima de la herida quirúrgica. La comparación de las publicaciones sobre cirugía de la HS es difícil, ya que el diseño de estos trabajos es heterogéneo en cuanto a diseño, gravedad, resultados y técnicas quirúrgicas empleadas. Además, las definiciones de recurrencias son ambiguas, incluyendo en el mismo grupo verdaderas recurrencias (lesiones de HS a < de 5 mm de la cicatriz quirúrgica) y progresión de la HS (lesiones en el área operada pero a > de 5 mm de la cicatriz quirúrgica y lesiones en otras áreas). Actualmente, la principal indicación para la realización de cirugía en la HS es la presencia de daño estructural provocado por la enfermedad, es decir fístulas epitelizadas y cicatrices, daño que no parece poder mejorarse con tratamientos médicos. Respecto a las técnicas quirúrgicas, conviene remarcar que la incisión y drenaje de abscesos agudos, si bien consigue un alivio rápido del dolor se asocia con recurrencia en un alto porcentaje de casos. El deroofing (destechamiento) está especialmente indicado para el tratamiento de lesiones inflamatorias recidivantes (fístulas) y asocia un bajo número de recurrencias (17%). Las extirpaciones limitadas tienen menos morbilidad que las extirpaciones amplias, pero se asocian a un mayor porcentaje de recidivas. Finalmente, los métodos para el cierre del defecto incluyen el cierre primario, los injertos laminares inmediatos o diferidos, los colgajos y el cierre por segunda intención.

5. TRATAMIENTO DE VARICES CON LÁSER ENDOVENOSO

J.L. Azpiazu Macho

El láser para tratamiento de las venas safenas se utiliza desde hace más de diecisiete años. El calor que genera el láser dentro de la vena provoca una lesión térmica endotelial que cierra el vaso tratado. Dentro de los métodos de tratamiento por calor, termoablación endovenosa, disponemos de láser y radiofrecuencia como técnicas más contrastadas y estudiadas. Centrándonos en el láser, existen varias longitudes de onda utilizadas, unas cuyo cromóforo fundamental es la sangre (810 nm, 940 nm, 980 nm) y otras cuyo cromóforo es el agua (1.320 nm y 1.470 nm). Los primeros láseres utilizaban longitudes de onda afines a la sangre y esto provocaba hematomas y mayor inflamación, con un postoperatorio mejor que la cirugía pero con molestias/dolor unos cuantos días. En los últimos diez años se han desarrollado longitudes de onda más afines al agua, 1.320 nm y 1.470 nm que, al calentar de forma más específica el endotelio, provoca menos daño en los tejidos adyacentes y una recuperación postoperatoria más rápida y con menos molestias. Esto ha permitido una reincorporación prácticamente inmediata a la actividad habitual. Otra de las grandes ventajas de los sistemas de termoablación es la baja incidencia de recidiva, menos del 5%, comparada con la cirugía clásica en la que es mayor del 25%. Los sistemas de termoablación se consideran los sistemas de primera elección para el tratamiento de las venas safenas insuficientes que provocan sintomatología al paciente (Sociedad Americana de Cirugía Vasculuar, Sistema Nacional de Salud Inglés, Colegio Americano de Flebología, Foro Americano Venoso, Grupo Internacional de Ablación Térmica Endovenosa). Presentaremos un video de la técnica en el que mostraremos paso a paso el procedimiento ecoguiado que realizamos. También presentaremos los datos de los diferentes estudios realizados en nuestros más de 1.500 casos tratados, con recidivas inferiores al 1,8%, ningún episodio de trombosis venosa profunda y muy pocos efectos secundarios menores.

6. AVANCES EN TERAPIA FOTODINÁMICA

Y. Gilaberte Calzada

Pese a lo establecida que la terapia fotodinámica (TFD) está en las consultas de dermatología para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma, la investigación en este campo continúa, enfocada fundamentalmente en varios aspectos: 1. Estrategias para mejorar su efectividad en las patologías en las que ya tiene indicación me-

dianate: a. nuevas maneras de vehiculizar la luz y el fotosensibilizante (intralesional, tejidos emisores de luz); b. combinaciones con láseres, calor y otros fármacos que optimicen los resultados; c. determinación de biomarcadores que nos permitan precisar qué tumores se pueden beneficiar del tratamiento con TFD y cuáles no. 2. La aplicación de la TFD en otras patologías va teniendo cada vez más adeptos; así, el número de publicaciones utilizando la TFD por ejemplo en el tratamiento de las infecciones de piel y mucosas es cada vez mayor con el fin de luchar frente al desarrollo de resistencias. 3. La existencia de un número mayor de evidencias clínicas que apoyen su uso en población pediátrica. 4. Por último, la TFD con luz de día se perfila como una forma eficaz, sencilla, segura y eficiente que puede ayudar a extender el uso de la TFD a entornos con pocos medios, como pueden ser los pacientes albinos o con xeroderma pigmentoso en países deprimidos de África o Sudamérica. En esta presentación realizaremos un resumen de los últimos logros y las líneas de trabajo más prometedoras en TFD en el último año.

7. PICOSEGUNDOS O NANOSEGUNDOS PARA TATUAJES

B. Pérez García

Los láseres Q-switched con duraciones de pulso en el rango de los nanosegundos se han mostrado eficaces en la eliminación de tatuajes. Sin embargo, con estos equipos no siempre es posible eliminar todo el pigmento, suelen ser necesarias numerosas sesiones de tratamiento y, aunque el desarrollo de cicatrices es raro, sí que se observan discromías residuales a menudo. Se planteó la posibilidad de mejorar los resultados utilizando picosegundos en lugar de nanosegundos, y tanto la simulación computarizada como los primeros estudios en pacientes corroboraban esta hipótesis. De este modo, en 2012 se comercializó el primer láser de picosegundos para eliminación de tatuajes. Desde entonces han ido apareciendo otros equipos en el mercado y se han publicado múltiples series de casos de tatuajes tratados con láseres de picosegundos, Alejandrita y Nd:Yag, mostrando resultados favorables. Sin embargo, muchos usuarios de láseres Q-switched, con amplia experiencia en eliminación de tatuajes, no ven una clara ventaja de los nuevos láseres de picosegundos respecto a los de nanosegundos, teniendo en cuenta además el elevado coste de los equipos. Aunque los láseres de picosegundos sí han demostrado superioridad respecto a los de nanosegundos en un reciente estudio comparativo y randomizado, no parecen ser la solución para los tatuajes policromáticos, más difíciles de eliminar. En cuanto a la seguridad, las diferencias tampoco son llamativas.

8. TECNOLOGÍAS 2017. MI EXPERIENCIA

N. Landa Gundín

Los aparatos basados en la energía láser y no láser han evolucionado mucho en la última década. Esto ha sido sobre todo en el campo de la dermatología estética, que de ser la cenicienta de nuestra especialidad está pasando a ser una de las ramas más valoradas. Últimamente se han hecho avances tecnológicos en láseres para tatuajes y lesiones pigmentadas, como los láseres que emiten luz en picosegundos en vez de los tradicionales de nanosegundos. Láseres para lesiones vasculares combinando longitudes de onda diferentes en un mismo aparato. Láseres fraccionados de CO₂ y erbio con diferentes prestaciones que incluyen el campo de la ginecología-urología. Diferentes aplicaciones de estos mismos láseres hacen aún más atractivo el campo. Por ejemplo, la combinación de láseres para cicatrices está evolucionando. Los láseres endovenosos evitan la cirugía de varices. Las combinaciones de diferentes longitudes de onda, sistemas ablativos y no ablativos, incluso radiofrecuencia en el mismo aparato, llegan con la promesa de avances en eficiencia y rentabilidad. Las luces pulsadas intensas con pulsos

muy variables, adaptables para lesiones vasculares compiten con el láser de colorante pulsado. La grasa corporal se intenta reducir por métodos no quirúrgicos, siendo la criolipólisis el método más consistente, pero... ¿hasta dónde llega y qué aparatos hay? El frío coexiste con el calor con sistemas de radiofrecuencia y láser no invasivos. La radiofrecuencia o el láser-lipólisis invasivo para la papada compiten con los lipolíticos químicos, como un ácido desoxicólico recientemente aprobado. Para la celulitis, un nuevo aparato reduce los hoyos mediante subcisión de los septos. Sigue funcionando la técnica de ultrasonidos para reducción permanente del sudor axilar. ¿Algún aparato ha sustituido a la isotretinoína para el acné? El trasplante capilar se incrementa exponencialmente empujado por la técnica FUE, con aparatos más automatizados. Y los aparatos caseros amenazan con ocupar un espacio creciente en nuestra especialidad.

Comunicaciones orales

ONCOLOGÍA

CO1. DISECCIÓN GANGLIONAR EN EL PACIENTE CON MELANOMA ESTADIO III. SUPERVIVENCIA Y FACTORES DETERMINANTES DE SUPERVIVENCIA

C. Riquelme-Mc Loughlin^a, A. Boada^b, S. Podlipnik^a, S. Puig^{a,c} y D. Moreno-Ramírez^a

Unidad de Melanoma. Departamento de Dermatología. ^aHospital Clínic. Barcelona. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ^cUniversitat Autònoma de Barcelona. ^dInstitut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Antecedentes. El Multicenter Selectivity Lymphadenectomy Trial-II concluye que la disección ganglionar inmediata (DGI) no mejora la supervivencia global de los pacientes con micrometástasis detectadas por biopsia selectiva de ganglio centinela.

Objetivo. Analizar los resultados clínicos de pacientes con melanoma sometidos a disección ganglionar (DG) y comparar con resultados obtenidos en otros entornos.

Método. Estudio longitudinal retrospectivo que incluye pacientes con melanoma estadio III sometidos a DGI o disección ganglionar terapéutica (DGT) entre enero 2001 y diciembre 2015. Se estudió la frecuencia de metástasis de ganglios no centinela (GNC) y de metástasis a distancia, así como la supervivencia específica por melanoma (SEM).

Resultados. Se realizaron 582 DG (59,5% DGI y 40,5% DGT). El 76,9% de las DGI no identificaron metástasis adicionales. En el análisis multivariante, la edad y el estadio T fueron identificados como predictores de metástasis en GNC. El 42,6% de los pacientes desarrollaron metástasis visceral a distancia. El análisis multivariante identificó la ulceración, estadio T y estadio N como predictores de metástasis a distancia. En los pacientes en los que se realizó DGI, el único predictor de metástasis a distancia fue el estadio T. En los pacientes sometidos a DGT, la edad, sexo, estadio T y N fueron identificados como predictores de metástasis a distancia. La mediana de SEM fue de 104,0 meses para la serie completa, con una SEM de 142 meses en el grupo de pacientes sometido a DGI y de 36 meses en los de DGT (Regresión Cox $p < 0,001$). Ajustado al grupo de pacientes sin metástasis a distancia no se observaron diferencias de SEM entre ambos grupos (HR 0,77; 95%CI 0,28-2,08; $p = 0,604$).

Conclusión. Los hallazgos observados confirman que la DGI representa un procedimiento con beneficio clínico limitado tanto en cuanto a la capacidad de identificar metástasis ganglionar adicional como en cuanto a SEM.

CO2. VISMODEGIB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. SERIE DE CASOS

R. Pigem, A. Bennàssar, S. Podlipnik, J. Pérez-Anker y D. Moreno-Ramírez

Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. La mayoría de carcinomas basocelulares presentan mutaciones activadores en la vía "Sonic Hedgehog". Es posible realizar un bloqueo de esta vía mediante medicamentos orales. Vismodegib es la molécula actualmente disponible en nuestro medio que inhibe la vía a través de la proteína Smoothed. La indicación en ficha técnica es para carcinomas basocelulares metastásicos sintomáticos o localmente avanzados (no tributarios de cirugía o radioterapia).

Objetivos. Evaluación del uso de vismodegib en la práctica en el Servicio de Dermatología de nuestro centro. Evaluación de la respuesta clínica y tolerancia del medicamento.

Material y método. Revisión retrospectiva de los casos tratados con vismodegib en nuestro servicio en el último año. Revisión de la historia clínica incluyendo iconografía y pruebas de imagen.

Resultados. Se han incluido un total de siete pacientes que han recibido vismodegib en nuestro centro en los últimos meses. Todos ellos por carcinoma basocelular localmente avanzado. Ningún caso de enfermedad metastásica. El tiempo medio de tratamiento ha sido de 4 meses. En tres casos se tuvo que suspender el tratamiento por intolerancia (trastornos musculoesqueléticos), en un caso por respuesta parcial y otros 3 casos siguen en tratamiento en la actualidad. No hemos detectado ningún caso de reacción adversa grave.

Discusión. Vismodegib supone una gran opción terapéutica para casos complejos que ya se aplica en la práctica habitual en nuestro servicio con buenos resultados.

Conclusiones. Pensamos que la incorporación de este tipo de medicación (inhibidos de la vía Hedgehog) supone una gran incorporación al arsenal terapéutico del que dispone el dermatólogo oncológico.

CO3. COMPARACIÓN DE LA OCTAVA Y LA SÉPTIMA EDICIONES DEL SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DEL AJCC PARA EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE CUTÁNEO. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Cañueto Álvarez, A. Viñolas Cuadros, D. Moyano Bueno, A. Conde Ferreirós y C. Román Curto

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

Introducción. La octava edición del sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) incorpora cambios importantes en el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Nos propusimos comparar la octava edición del sistema de estadificación del AJCC y la previa (séptima edición) e identificar los factores de riesgo más relevantes en cada una de ellas.

Método. Se recogió retrospectivamente una serie de 186 CEC de la cabeza y el cuello. Se recogieron los factores de riesgo de mal pronóstico. Se compararon los sistemas de estadificación de la séptima y octava ediciones del AJCC y construyeron modelos de regresión logística binaria para determinar qué factores de riesgo eran más relevantes para definir el pronóstico en cada uno de los sistemas y de manera global.

Resultados. El mal pronóstico se asoció principalmente con tumores estratificados como T2 en la séptima edición, pero se desvió a tumores T3 en la octava edición. Los tres nuevos factores de riesgo incorporados en la octava edición del sistema de estadificación del AJCC (el espesor tumoral mayor de 6 mm, la invasión más allá de la grasa subcutánea y la infiltración de nervios de más de 0,1 mm de grosor) se asociaron independientemente con un mal pronóstico del

CEC. Además, el pobre grado de diferenciación se asoció significativamente con el desarrollo de metástasis.

Conclusiones. La octava edición del sistema de clasificación AJCC es más homogénea, monótona y distintiva que la anterior. El pobre grado de diferenciación es un factor de riesgo importante a considerar a pesar de su eliminación de la actual versión del sistema de estadificación del AJCC. Los tumores estadificados como T3 según la octava edición del AJCC que además son pobremente diferenciados constituyen un subgrupo de riesgo especialmente elevado de metástasis y mal pronóstico de la enfermedad.

CO4. DETERMINANTES DEL TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS ACTÍNICAS POR MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.T. Monserrat García, J.J. Pereyra Rodríguez, R. Corbí Llopis, I. de Alba Rioja y J. Conejo-Mir Sánchez

UGC de Dermatología y Venereología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. No existe consenso sobre el papel del médico de Atención Primaria (AP) en el manejo de queratosis actínicas (QA), siendo una realidad su tratamiento por algunos médicos de AP. El objetivo de este trabajo es describir los factores que determinan la decisión de tratar las QA en una muestra de médicos de AP del Servicio Andaluz de Salud en su práctica clínica habitual.

Método. Se ha diseñado un cuestionario específico que se ha distribuido entre una muestra de 381 médicos de AP en ejercicio activo. Se ha llevado a cabo un análisis factorial, univariante y de regresión logística, para determinar aquellas variables explicativas que se relacionan con el tratamiento de las QA.

Resultado. Se han obtenido 98 respuestas (25,72%). Solo el 38,8% de los encuestados realiza tratamiento de las QA. Los resultados han mostrado la influencia de dos factores en la decisión de tratar: la importancia percibida y, en menor medida, los aspectos médicos-legales. Sin embargo, la formación recibida, los aspectos organizativos de la AP y el precio de los tratamientos son factores que no han mostrado asociación.

Conclusiones. Se trata del primer estudio para identificar los factores que explican el tratamiento de QA por médicos de AP. Dado que existe una gran variabilidad en el manejo de la QA y un gran elevado número de factores en los servicios de salud, es necesario llevar a cabo estudios para confirmar cuáles de las variables posibles influyen en la decisión de tratar las QA en otras áreas geográficas.

CO5. LA EXPRESIÓN DE PD-L1 TUMORAL SE CORRELACIONA CON METASTASIS GANGLIONARES EN LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS CUTÁNEOS DE CABEZA Y CUELLO

J. Santos-Juanes Jiménez^a, P. Munguía Calzada^a, M.P. González Gutiérrez^b, C. Galache Osuna^a y F. Vázquez López^a

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

Introducción. La expresión de PD-L1 (ligando de muerte celular programada) se detecta frecuentemente en una amplia variedad de neoplasias. La unión del PD-L1 expresado en las células tumorales al receptor de superficie PD-1 (muerte celular programada) bloquea la activación de células T provocando la evasión de la actuación del sistema inmune. La expresión de PD-L1 se ha asociado a peor pronóstico en bastantes cánceres; los datos existentes hasta el momento en carcinoma de células escamosas (CCE) son escasos y controvertidos.

Objetivo. Investigar la relación de la expresión tumoral de PD-L1 con rasgos clínico-patológicos en el CCE.

Método. La expresión de PD-L1 es analizada por inmunohistoquímica en muestras parafinadas de 100 pacientes con CCE. Hemos utilizado

la Curva Cumulativa/Dinámica Recibidor Operating Characteristic (C/D ROC) para determinar el punto óptimo de expresión de PD-L1. Se utilizan los estimadores de Kaplan-Meier y los modelos de regresión logística proporcionales de COX.

Resultados. Basado en las curva ROC, definimos como el punto de corte más óptimo la expresión en tumores con tinción $\geq 25\%$ de las células tumorales. La expresión de PD-L1 es un factor de riesgo para metástasis ganglionares con un hazard-ratio crudo y ajustado de 3,39 (1,71-6,65) y 6,54 (2,28-18,78) respectivamente.

Limitaciones. Se trata de un estudio retrospectivo limitado a CCE de cabeza y cuello.

Conclusiones. Nuestros hallazgos indican que la expresión de PD-L1 predice un incremento del riesgo de padecer metástasis ganglionares en los pacientes con CCE.

CO6. PATRONES DE DETECCIÓN DE MELANOMA Y FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS. ¿ES ÚTIL EL CRIBADO POBLACIONAL?

A. Diago, L. Calomarde, B. Bancalari, C. Requena y E. Nagore

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. La necesidad de utilizar programas de cribado para la detección precoz del melanoma es un tema en discusión. Son necesarios nuevos estudios que comparen el pronóstico del melanoma según el método de detección.

Objetivo. El objetivo de nuestro estudio fue determinar los principales patrones de detección de melanoma y las implicaciones pronósticas que de ellos se derivan.

Material y método. Se incluyó en el estudio a un total de 1.817 pacientes diagnosticados de melanoma en nuestro centro entre enero de 2000 y agosto de 2017. Se dividió a los pacientes según el motivo de consulta (autodetección, detección casual, detección en cribado oportunista, y detección en cribado de población de riesgo), y se analizó la epidemiología, presentación clínica, características tumorales y factores pronósticos asociados.

Resultado. El 73% de los pacientes fueron capaces de autodetectar el melanoma. Este fue un hallazgo casual en el 21% de los casos, siendo más frecuente en población mayor de 63 años y siendo las zonas ocultas para el paciente las más frecuentemente asociadas a este método de detección. La detección por cribado solo supuso el 6% de los casos. La metodología diagnóstica asociada a mayor espesor tumoral y a mayor probabilidad de enfermedad diseminada fue la autodetección (con Breslow medio de 2,5 mm y 19,5% de riesgo de diseminación). Le siguieron el hallazgo casual, el cribado en población de riesgo y el cribado oportunista (con espesores medios de 1,3 mm, 0,9 mm y 0,8 mm respectivamente, $p < 0,005$).

Conclusiones. Los pacientes con melanoma detectados por cribado, aun suponiendo un bajo porcentaje del total, presentan unas mejores características pronósticas que los melanomas autodetectados o los detectados casualmente. Es necesario implementar métodos de detección precoz en aquellas poblaciones de mayor riesgo de retraso diagnóstico, como los varones o la población anciana.

CO7. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA EXTENSIÓN SUBCLÍNICA Y RECIDIVA DE LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE PIRÁMIDE NASAL DURANTE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

O. Sanmartín Jimenez y B. Llombart

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

La localización nasal del carcinoma basocelular (CBC) se considera de alto riesgo de recidiva local por lo que la cirugía micrográfica de Mohs (CMM) tiene un papel destacado en su tratamiento. Existen determinadas características del CBC de localización nasal que originan más

dificultad durante la CMM e incrementan el riesgo de recidivas. Se trata de un estudio prospectivo que recoge desde 2001 hasta 2013, los 885 CBC de localización nasal intervenidos en el IVO mediante CMM. Se han evaluado las características del paciente, características clínicas e histológicas del tumor, las características del procedimiento de CMM y los datos de seguimiento en cuanto a las recidivas. Se realizó un estudio estadístico univariado y multivariado, para conocer las características asociadas al CBC nasal que influyeron en las recidivas tras la CMM. Los predictores de diseminación subclínica de nuestro estudio son: tumores recidivados, histología agresiva, infiltración perineural, tiempo de evolución mayor de 3 años, tamaño tumoral mayor o igual a 1 cm, tumores localizados en raíz, dorso y surco nasal. Tras la extirpación de los 885 tumores con CMM, 62 recidivaron (7%). Hemos constatado como resultados significativos para la aparición de recidivas la afectación de tejidos profundos de la piel, la invasión perineural y el empleo de 2 o más estadios de Mohs.

CO8. DISEMINACIÓN LINFÁTICA Y DISEMINACIÓN HEMATÓGENA EN MELANOMA CUTÁNEO. ESTUDIO LONGITUDINAL DE 1.177 PACIENTES

E. Nagore, L. Calomarde, S. Ferrer, C. Requena y V. Traves

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. La progresión metastásica de un melanoma cutáneo puede tener lugar por vía linfática y/o hematológica. Con la irrupción de los nuevos tratamientos en adyuvancia, así como el valor de la linfadenectomía terapéutica casi exclusivo para el control locorregional de la enfermedad, es relevante identificar qué pacientes se van a beneficiar de cada estrategia terapéutica.

Material y método. Se diseñó un estudio longitudinal sobre 1.177 pacientes con melanoma cutáneo localizado (estadios I/II) cuya información para el estudio se recogió de forma prospectiva en la base de datos de melanoma de nuestro servicio. Los factores pronósticos para la recaída locorregional (vía linfática) y sistémica (vía hematológica) se evaluaron mediante curvas de supervivencia según el método de Kaplan y Meier y la prueba de los rangos logarítmicos, así como con modelos de regresión de Cox.

Resultados. Tras una mediana de seguimiento de 75 meses, el 3,7% desarrollaron únicamente diseminación linfática, otro 3,7% metastatizaron por vía hemática exclusivamente y un 5,5% ambas vías de diseminación. Las variables que resultaron significativamente asociadas a la diseminación linfática fueron la edad mayor de 55 años, la localización acral o en cabeza/cuello, el espesor tumoral y la presencia de invasión vascular. Para la diseminación hemática fueron factores pronósticos independientes el espesor tumoral grueso, la ausencia de regresión y la presencia de mutaciones en el promotor de TERT y en BRAF.

Discusión y conclusiones. De acuerdo con nuestros resultados, las características tanto clínicas como histológicas y moleculares determinan el patrón de progresión de los melanomas cutáneos. Parece razonable, de replicarse nuestros resultados, utilizar los factores pronósticos identificados para seleccionar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar metástasis hematológicas para recibir tratamiento adyuvante. Asimismo, la vigilancia locorregional ecográfica protocolizada tendría especial relevancia en aquellos con un mayor riesgo de progresar por vía linfática.

CO9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE CON METÁSTASIS GANGLIONAR MICROSCÓPICA Y MACROSCÓPICA: TOMA DE DECISIONES EN UNIDADES DE MELANOMA

D. Moreno-Ramírez^a, F. Almazán^b, A. Boada^c, D. Bodet^d, R. Botella^e, G. Carretero^f, A. Fernández-Orland^g, E. Fonseca^h, E. Herreraⁱ, E. Nagore^j, P. Ortiz^k, P. Redondo^l, L. Ríos-Buceta^m, E. Samaniegoⁿ, M. de Troya^o y J. Malveyh^a

^aUnidad de Melanoma. Hospital Clínic. Barcelona. ^bUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Parque Tecnológico de la Salud. Granada. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ^dHospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ^eHospital Universitario La Fe. Valencia. ^fHospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ^gUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen M.. Sevilla. ^hServicio de Dermatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ⁱUnidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ^jServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^kHospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^lDepartamento de Dermatología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. ^mServicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁿHospital Universitario de León. León. ^oÁrea de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Introducción. El Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial-II confirma la ausencia de beneficio de la disección ganglionar inmediata (DGI) en pacientes con metástasis del ganglio centinela (BGC+).

Objetivo. Caracterizar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de DGI y disección ganglionar terapéutica (DGT) en nuestro entorno.

Material-método. Cuestionario sobre la indicación de DGI y DGT en 15 unidades de melanoma de Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Castilla-León, Madrid, Navarra y Valencia.

Resultados. La indicación de DGI es individualizada en el 86,7% de las unidades de melanoma participantes (n = 13), mientras que en el 13,3% se indica DGI a todos los pacientes con BGC+. Los factores con mayor influencia en la decisión fueron la posibilidad de seguimiento ecográfico (60,0%), la extensión extracapsular y la carga tumoral del GC (53,3%). La DGI en pacientes con BGC+ fue la opción preferente en pacientes con metástasis extracapsular (66,7%), carga tumoral superior a 1 mm (60,0%) y ante la imposibilidad de completar seguimiento ecográfico (60,0%). El seguimiento ecográfico fue la opción preferente en pacientes con baja carga tumoral. En el paciente con metástasis macroscópica se indica DGT en el 60% de los centros. La DGT fue la opción preferente en pacientes con metástasis ganglionar macroscópica sin metástasis a distancia (100%). En pacientes con metástasis a distancia la decisión sobre la DGT se individualiza en el 57,1% de los centros, aunque se indica tratamiento sistémico inicial en el 35,7% de las unidades participantes.

Conclusiones. Aunque existe evidencia suficiente a favor del abandono de la DGI, se continúa indicando esta técnica en escenarios concretos de alto riesgo. Sin embargo, la DGT continúa considerándose como una opción de primera elección. Con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones es necesario incorporar estas recomendaciones a las guías de práctica clínica de uso habitual en las unidades de melanoma.

CO10. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE 44 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Iglesias Pena^a, S. Paradelo de la Morena^a, L. López Solache^b, V. Balboa Barreiro^c y E. Fonseca Capdevila^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cUnidad de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos. Estructura Organizada de Gestión Integrada de A Coruña. España.

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino infrecuente y agresivo, que ocasiona frecuentes metástasis locorregionales y a distancia y una elevada mortalidad. Este trabajo tiene como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas e histológicas de los CCM

diagnosticados en nuestro hospital y relacionarlas con el riesgo de mortalidad específica por el tumor y de desarrollo de metástasis.

Material y método. Se elaboró una base de datos en la que se incluyeron 44 casos de CCM diagnosticados en nuestro hospital en el período 1998-2016. Se realizó estudio descriptivo, análisis univariado y multivariado de mortalidad específica y análisis de supervivencia.

Resultados. Se trataba de 26 (59%) mujeres y 18 (41%) hombres, con una edad media al diagnóstico de 77 años. Los pacientes presentaron metástasis al diagnóstico en un 45,5% de los casos. La mortalidad global fue del 71%, siendo la específica por el tumor del 39%. Se demostró un aumento de la mortalidad específica estadísticamente significativo relacionado con las siguientes características: sexo masculino, tamaño tumoral en cm², estadio T4 y presencia de metástasis ganglionares y a distancia al diagnóstico. En el análisis multivariante se encontró que, ajustando por edad y sexo, el tamaño tumoral en cm² se asocia a un aumento significativo de mortalidad específica. El riesgo de metástasis al diagnóstico depende en nuestra muestra del tamaño tumoral, y el sexo masculino es un factor de mal pronóstico en estos pacientes. El desarrollo de nuevas metástasis durante el seguimiento se asoció a inmunodepresión.

Conclusión. En nuestra serie se observa que la mortalidad específica del CCM se asocia al estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, siendo el tamaño tumoral un factor pronóstico independiente.

CO11. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 60 CASOS

L. Calomarde Rees, B. Llombart Cussac, C. Serra Guillén, C. Guillén Barona y O. Sanmartín Jiménez

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

Introducción. El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el tumor maligno con mayor capacidad para la recurrencia local, cuyo principal factor de riesgo es la escisión incompleta de la lesión con márgenes afectos. La ecografía cutánea nos permite estimar la morfología y la extensión del tumor primario, incluyendo su espesor en profundidad. Planificar la cirugía con el conocimiento previo del margen tumoral es la clave para evitar las escisiones incompletas, y por tanto, la probabilidad de persistencia y recurrencia. El objetivo de nuestro estudio es determinar la correlación entre el espesor tumoral predicho mediante ecografía y el espesor real determinado histológicamente, tras la cirugía; así como calcular la velocidad de crecimiento y evaluar su valor pronóstico.

Material y método. Se diseñó un estudio observacional analítico prospectivo mediante la base de datos de carcinoma epidermoide de nuestro servicio, en la que se incluyeron 60 casos.

Resultados. La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 74,6 años, siendo el 71,6% varones. El 40% de los CEC habían invadido en profundidad y el 20% fueron pobremente diferenciados. El diámetro medio clínico fue de 21,34 mm. El espesor tumoral medio histológico fue de 5,15 mm, y el espesor tumoral medio ecográfico fue de 6,1 mm. En el estudio analítico, se calculó la correlación Rho de Spearman entre el espesor tumoral ecográfico y el espesor tumoral histológico. Esta asociación fue estadísticamente significativa y se obtuvo una $R = 0,49191$. Se realizó el análisis de regresión logística, que mostró una relación estadísticamente significativa entre la velocidad de crecimiento tumoral medida en mm/mes y la invasión en profundidad del CEC.

Conclusiones. Nuestro estudio determina que la ecografía puede ser una técnica útil para la determinación preoperatoria del tamaño tumoral y el espesor tumoral en el CEC. Por tanto, puede disminuir la incidencia de márgenes afectos tras la cirugía.

CO12. CASOS DESAFIANTES EN CIRUGÍA DE MOHS

P. Umbert y M. Quintana

Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. España.

Comenzamos en 1981 para realizar la Cirugía Micrográfica de Mohs con mi colaborador el Dr. A. Camps en nuestra institución Hospital Clínico Sagrado Corazón, Unidad Docente, Universidad de Barcelona e Instituto Pablo Umbert Clínica Corachán. Tuvimos la oportunidad de compartir nuestro conocimiento con dermatólogos y dermatólogas españoles y también de Europa y Sudamérica. Cinco mil novecientos cincuenta y seis (5.956) son el total de intervenciones hasta el 30 de diciembre de 2015. Presentamos varios de nuestros casos problemáticos: Caso 1. Siringomas del cuero cabelludo que desarrollan un carcinoma focal de glándulas sudoríparas. Caso 2. Tricoblastomas agresivos. Caso 3. Carcinomas escamosos recidivantes tratados con CMM en un paciente con leucemia linfocítica crónica. Caso 4. Invasión perineural a través del foramen craneano de la cara. Caso 5. Invasión ósea de carcinoma escamoso del cuero cabelludo. Caso 6. Falsas recidivas en CMM.

CIRUGÍA

CC1. RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AURICULARES MEDIANTE COLGAJO EN ISLA EN PUERTA GIRATORIA. SEGUIMIENTO DE 15 PACIENTES

M. Franco Muñoz, L. González R, M. Flores Terry, C. Mendoza Chaparro y G. Romero Aguilera

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

La oreja es un sitio frecuente de desarrollo de tumores cutáneos debido a la mayor exposición actínica. Los defectos auriculares anteriores son un desafío reconstructivo debido a la compleja topografía del oído y el difícil acceso.

Objetivo. Describimos el uso del colgajo en isla con pedículo subcutáneo en puerta giratoria (CIPG) para la reconstrucción de defectos auriculares, luego de la resección de tumores malignos.

Material y método. Analizamos los resultados de 15 pacientes sometidos a reconstrucción de oreja, de diversas localizaciones de la zona anterior, mediante el CIPG. Los pacientes fueron seguidos, estimando los resultados a corto y largo plazo después de la cirugía, incluyendo además la valoración del dermatólogo y del paciente.

Resultados. Se estudiaron 12 varones y 3 mujeres. Siete carcinomas epidermoides y 8 basocelulares (CBC). El estudio histológico convencional de la pieza de resección no mostró bordes ni fondo afecto en ninguno de los pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 27,8 meses. Solo un paciente (6,7%), a quien se le extirpó un CBC que afectaba focalmente el cartilago, presentó recidiva local. Las complicaciones observadas fueron; depresión de la superficie del colgajo en 1 paciente y el pinzamiento del oído intervenido hacia la zona mastoidea en 2 pacientes (13,3%). Mediante escalas de valoración, se determinó el resultado postoperatorio estético y funcional, tanto por parte del dermatólogo como del paciente. En los 15 casos el resultado fue muy bueno.

Conclusiones. La reconstrucción auricular mediante CIPG permitió la resección completa de los tumores, preservando la estructura y funcionalidad del oído intervenido. El CIPG es considerado una de las mejores opciones quirúrgicas reconstructivas de la concha auricular; es una técnica sencilla y permite la reconstrucción de grandes defectos con mínimos riesgos de necrosis, además el excelente resultado estético y la posibilidad de ocultar la cicatriz del sitio donante del colgajo confirman su superioridad.

riedad sobre otras técnicas. En nuestro estudio, además hemos determinado que es una técnica de reconstrucción con muy buenos resultados, para otras zonas auriculares como el antihélix, la fosa triangular y la fosa escafoidea, lo cual evidencia que este colgajo es una versátil opción para la reconstrucción de defectos anteriores oído.

CC2. UTILIDAD DE LA SUTURA EN BOLSA DE TABACO PARA DISMINUIR EL TAMAÑO DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS CUTÁNEOS

M. Azcona Rodríguez, Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, B. Bonaut Iriarte, R. Santesteban Muruzábal y M^a.E. Iglesias Zamora

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

La sutura en bolsa de tabaco o jareta es una técnica sencilla, segura, rápida y fácil de realizar. En cirugía dermatológica puede utilizarse como un cierre primario o para disminuir el tamaño de defectos cutáneos antes de cubrirlos mediante injertos de piel total o apósitos biosintéticos. Presentamos nuestra experiencia en diferentes defectos cutáneos mayores de 3 cm, localizados principalmente en cuero cabelludo y frente, que se cubrieron mediante injertos de piel total o apósitos biosintéticos y previamente realizamos una sutura en bolsa de tabaco, consiguiendo reducir aproximadamente un 50% el tamaño del defecto. En la sutura en bolsa de tabaco la línea de sutura tiene una forma circular, y al estirarla y anudar los dos extremos del hilo, el tejido suturado tiende a aproximarse al punto central del círculo, de modo que se cierra como una bolsa o talega. Desde su descripción inicial en la literatura dermatológica en 1992, se han desarrollado posteriormente numerosas modificaciones y mejoras de la técnica. Aunque algunos autores la utilizan como cierre primario, en nuestro caso la realizamos preferentemente para reducir el tamaño en grandes defectos cutáneos, consiguiendo una mejor hemostasia en la zona receptora del injerto, una cicatriz más pequeña de la zona dadora y un buen resultado cosmético.

CC3. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA

B. Ramos Bareño, F. García Bernal, P. Zayas Pinedo, J.M. Terrones Garzón y R. Izu Belloso

Servicio de Dermatología. Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Hospital Universitario de Basurto. Bilbo. Bizkaia. España.

La hidrosadenitis supurativa (HS) es una dermatosis inflamatoria crónica que normalmente asienta en áreas con mayor proporción de glándulas apocrinas. Clásicamente esta patología ha sido abordada con antibioterapia y cirugía, pero hoy en día el manejo terapéutico de la HS es mucho más complejo. Esto es así dada la variedad de estadios clínicos de la enfermedad y todas las medidas y tratamientos existentes para cada caso individualizado. La evolución de la cirugía en estos casos también ha sido importante gracias a los diferentes resultados hallados en la literatura. El abordaje quirúrgico clásico constituía la escisión local y el drenaje de las colecciones. Se conoce que esta opción nos conduce a una alta tasa de recidivas, de ahí, a cirugías múltiples y finalmente, mutilantes. La escisión radical con reconstrucción constituye la opción terapéutica actual a considerar ya que, en ocasiones, incluso puede ser la única. Esta comunicación pretende mostrar una serie de casos ilustrativos y revisar la literatura acerca de las indicaciones quirúrgicas en la HS de cara a mejorar, en la medida de lo posible, el abordaje y la calidad de vida de los pacientes.

CC4. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MATRICECTOMÍA CON LÁSER DE CO2 FRENTE A HIDRÓXIDO DE SODIO EN LA CIRUGÍA DE ONICOCRIPTOSIS

J. Ruiz Martínez, M^a.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, E. García Martínez y C. Brufau Redondo

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El láser de CO2 y el hidróxido de sodio se emplean como métodos de matricectomía.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue el de comparar la efectividad y comorbilidad post-operatoria de ambas técnicas.

Material y método. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de onicocriptosis grado II-III que fueron aleatorizados por bloques para recibir tratamiento con laminectomía y posterior matricectomía con láser de CO2 o hidróxido de sodio. Se evaluó la incidencia de complicaciones en el periodo post-quirúrgico, el tiempo de recuperación y la presencia de recidiva a lo largo de un año de seguimiento.

Resultados. Fueron intervenidos 44 pacientes, con un total 107 márgenes ungueales. La incidencia de complicaciones post-quirúrgicas (dolor, sangrado, infección) y el periodo de recuperación resultaron similares en ambas técnicas. La presencia de recidiva fue mayor con láser de CO2 (12,5%) que con hidróxido de sodio (2%) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,062$).

Conclusiones. Los dos métodos de matricectomía mostraron buenos resultados, con un bajo índice de complicaciones y rápido tiempo de recuperación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia de ambas técnicas.

CC5. RECONSTRUCCIÓN PLANTAR USANDO UNA MATRIZ DÉRMICA ARTIFICIAL: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Á. Iglesias-Puzas^a, B. González-Sixto^b, J.C. Feal-Cortizas^b, M.T. Abalde^b y Á. Flórez^b

^aCentro de Especialidades Mollabao. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. EOXI Pontevedra-Salnés. Pontevedra. España.

Introducción. El melanoma lentiginoso acral (MLA) es el tipo de melanoma más frecuente en el pie. Tras la extirpación con márgenes adecuados, tanto laterales como en profundidad, con frecuencia se presentan defectos quirúrgicos que suponen un reto para la reconstrucción.

Objetivo. Cuando afecta a la zona de apoyo, es preservar la funcionalidad logrando una adecuada cobertura cutánea. Describimos la utilización de una matriz dérmica bicapa artificial asociada a un injerto cutáneo posterior como una opción válida para la reparación de defectos plantares extensos.

Casos clínicos. Presentamos dos pacientes afectados de MLA de localización plantar y Breslow > 2 mm. Ambos tumores fueron extirpados con 2 cm de margen y resecaados hasta la fascia tras la estadificación del paciente y exclusión de enfermedad a distancia. Se colocó una matriz dérmica bicapa artificial que a los 21 días fue cubierta con un injerto de espesor parcial en el primer caso y total en el segundo. Este último presentó como complicación la pérdida parcial del injerto. Ninguno mostró repercusión funcional ni datos de recidiva a los 6 meses de seguimiento.

Discusión. La región plantar posee características anatómicas y funcionales que limitan la reconstrucción de grandes defectos. Debe considerarse la rigidez y la escasa laxitud de la zona, así como la necesidad de mantener la sensibilidad y un espesor cutáneo adecuado para la marcha. Los injertos de dermis artificial proporcionan este soporte estructural y sirven como vector para la migración celular del huésped y el depósito de colágeno endógeno. Se trata de una técnica sencilla, que permite un adecuado resultado funcional y que puede considerarse como una alternativa para la recons-

trucción de grandes defectos plantares. Como desventajas destacan su coste y la necesidad de una segunda intervención.

CC6. “COLGAJO READING MAN FLAP”: ¿UN COLGAJO VERSÁTIL?

N. Bázquez Sánchez, I. Fernández Canedo, C. García Harana, J.B. Repiso Jiménez y M. de Troya Martín

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

El “colgajo del lector” o “reading man flap” (RMF) ha sido recientemente descrito en la literatura. Se trata de un colgajo compuesto que combina diferentes movimientos (rotación, transposición y avance en “V-Y”). Frente a otros colgajos locales, presenta la ventaja de proporcionar el máximo ahorro de tejido sano y una mínima tensión en las zonas de sutura.

Material y método. Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos en los que se empleó un colgajo RMF para la reconstrucción de defectos quirúrgicos cutáneos (agosto 2016-octubre 2017). Se describen aspectos clinicoepidemiológicos, características de la técnica quirúrgica, complicaciones y resultados cosméticos.

Resultados. Se incluyen 14 pacientes, con predominio masculino (10 varones, 4 mujeres) y edad media de 75 años (DE: 11,2). Los tumores intervenidos se localizaron en cuero cabelludo (28%), cara y cuello (36%) y extremidades (36%). El tamaño medio de los tumores fue de 2,3 cm (DE: 3,2) y el de los defectos cutáneos resultantes de 3,4 cm (DE: 1,84). Entre las complicaciones posquirúrgicas (36%) se encontraron: 1 caso de hematoma (7%) y 5 de dehiscencia de sutura leve (28%). Los resultados cosméticos se consideraron mayoritariamente aceptables/excelentes (92%, 28% y 64% respectivamente). El análisis de resultados por localización anatómica reveló menor número de complicaciones (20%) y resultados estéticos más óptimos (89% excelentes) en los colgajos realizados en cara y cuello.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la región facial constituye la localización anatómica de elección para dicho colgajo, obteniéndose menor riesgo de dehiscencia posquirúrgica y mejores resultados estéticos.

CC7. CARACTERÍSTICAS, CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y ESTUDIO DE MÁRGENES DE LAS LESIONES INTERVENIDAS EN CIRUGÍA MAYOR DERMATOLÓGICA

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

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

Introducción. En el manejo de la patología tumoral dermatológica resulta fundamental una correcta orientación diagnóstica que indique la cirugía, así como su posterior correlación anatomoclínica y la confirmación de unos márgenes quirúrgicos adecuados. El registro adecuado de la patología quirúrgica es necesario para conocer la actividad realizada y poder compararla con la de otros centros.

Objetivo. Describir las lesiones cutáneas intervenidas en régimen de cirugía mayor en nuestro hospital, así como su correlación clínico-patológica y la afectación de márgenes quirúrgicos.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó las lesiones dermatológicas intervenidas en régimen de cirugía mayor, por el Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, en el período comprendido de junio de 2015 a mayo de 2016.

Resultados. Se intervinieron un total de 259 pacientes y 343 lesiones, siendo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente el de carcinoma basocelular (52%) y dentro de este el subtipo nodular (34% del total). La localización más frecuente fue la pirámide nasal (17,7%), seguida de la región malar (16,9%) y la frente (12,5%). La gran mayoría

de lesiones extirpadas presentaron correlación anatomoclínica (80,76%) y los márgenes quirúrgicos quedaron libres de neoplasia (93,88%). Entre los tumores que presentaron márgenes afectados el más frecuente fue el carcinoma basocelular (76,5%) y dentro de este las variantes nodular (35,29%) y esclerodermiforme (29,41%).

Conclusiones. Llevar a cabo un registro de la patología quirúrgica nos permite conocer la actividad realizada. Podemos decir que en nuestro caso la correlación clínico-patológica y la frecuencia de márgenes quirúrgicos libres es similar o superior a la encontrada en estudios de características similares.

CC8. INJERTOS LAMINARES EN TIRAS OBTENIDOS CON DERMABLADÉ® PARA CUBRIR GRANDES DEFECTOS EN EL CUERO CABELLUDO

E. Querol Cisneros, E. Moreno Artero, N. Rodríguez Garijo, A. T. Velázquez y P. Redondo Bellón

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

Introducción. La cobertura de grandes defectos en el cuero cabelludo resulta difícil en muchas ocasiones debido a la poca movilidad y escasa elasticidad de la piel en esta localización. Cuando la realización de un colgajo no es posible, podemos utilizar injertos de piel parcial para cubrir el defecto. Sin embargo, el uso de un dermatomo para la extracción de los mismos, así como la necesidad de suturas de fijación, convierten la técnica en complicada y minuciosa.

Serie de casos. Se presentan dos pacientes con grandes defectos quirúrgicos en el cuero cabelludo secundarios a la exéresis de tumores cutáneos. Los defectos en ambos casos fueron cubiertos con injertos de piel parcial en forma de tiras estrechas y finas, obtenidas con Dermablade® de la cara anterior del muslo. Los injertos prendieron a los 3 días de la cirugía, y tanto la zona donante como la receptora reepitelizaron en 3 semanas.

Discusión. Proponemos el uso de injertos de piel parcial en tiras como alternativa al clásico injerto obtenido con dermatomo. El empleo de una cuchilla flexible, desechable y disponible comercialmente (Dermablade®) permite obtener finas tiras de piel, de entre 7-9 mm de anchura y de la misma longitud que el defecto a cubrir, de forma rápida y sencilla. Una vez el número de tiras es suficiente, se disponen extendidas sobre el defecto, evitando la formación de pliegues que interferirían con la adhesión al lecho. Finalmente, se cubre con un apósito compresivo, colocado firmemente evitando posibles deslizamientos que pudieran desplazar los injertos. Esta técnica ofrece dos ventajas: por un lado, el bajo grosor de los injertos permite su adherencia en 3-4 días, y por otro, la zona dadora epitelizará rápidamente desde las intersecciones de piel sana.

CC9. VERSATILIDAD DEL COLGAJO FRONTAL DE TRANSPOSICIÓN PARA DEFECTOS EN FRENTE Y SIEN COMO ALTERNATIVA AL DOBLE AVANCE

A. T. Velázquez, E. Moreno Artero, E. Querol Cisneros, N. Rodríguez Garijo y P. Redondo Bellón

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

Introducción. La frente y la región temporal son esenciales en la fisonomía facial. Su reconstrucción puede ser un reto por el tamaño de los defectos y los escasos reservorios de piel.

Material y método. Presentamos 10 pacientes en los que empleamos el colgajo frontal de transposición para cierre de defectos en región frontotemporal secundarios a cirugía oncológica. El menor de los defectos fue de 9 cm² y el mayor de 24 cm². Todos los pacientes fueron intervenidos con anestesia local.

Resultados. El colgajo digitiforme de transposición fue diseñado al azar, verticalmente hacia el cuero cabelludo y adyacente al defec-

to. En todos los casos se incluyó el músculo frontal, la morfología y el tamaño (longitud y anchura) variaron en función de la localización y tamaño del defecto. El resultado estético final fue satisfactorio. En ningún caso se apreciaron complicaciones.

Discusión. El colgajo de doble avance es antinatural respecto a la irrigación, ya que los vasos en la frente emergen perpendiculares a la línea ciliar y los cortes paralelos pueden limitar la vascularización del tejido desplazado. Además, si el tamaño horizontal del defecto es grande, la excesiva tensión de los colgajos puede comprometer su viabilidad. También las cicatrices pueden marcarse excesivamente dando impresión de escalonamiento. En contrapartida, el colgajo frontal de transposición permite un diseño al azar por la rica vascularización de la zona. El éxito del diseño radica en el cierre directo de la zona dadora y en la inclusión del músculo frontal, que permite colgajos largos y estrechos.

Conclusiones. El colgajo de transposición frontal puede plantearse como alternativa al colgajo de doble avance en muchos casos, con resultados muy satisfactorios y con escasas limitaciones.

LÁSER

CL1. TERAPIA FOTODINÁMICA-LUZ ROJA LED 635 NM CON GEL NANOEMULSIÓN BF 200 ALA Y CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL: NUESTRA EXPERIENCIA CON 26 CASOS

F.J. Navarro Triviño^a, A. Martínez López^b, L. González Ruiz^c, V. Garrido Torres Puchol^a y R. Ruiz-Villaverde^d

^aHospital Comarcal Santa Ana. Motril. Granada. ^bHospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^cHospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. ^dHospital Universitario Campus de la Salud de Granada. Granada. España.

Introducción. La incidencia del carcinoma basocelular (CB) está aumentando de manera progresiva. Es uno de los tumores que consume de manera importante recursos físicos y económicos en las unidades de dermatología. El tratamiento de los subtipos nodular y superficial ha ido ampliándose a lo largo del tiempo, incorporándose nuevas alternativas, como en este caso, la terapia fotodinámica. **Objetivos.** Objetivo principal: Valorar la respuesta al tratamiento con Nanoemulsión BF 200 ALA en carcinoma basocelular superficial a los 3 meses de la última sesión. Objetivos secundarios: Valorar tolerancia al tratamiento, valorar los posibles efectos secundarios tras el tratamiento y valorar las características cutáneas a los 3 meses de la última sesión de TFD.

Material y método. Estudio abierto, no controlado con placebo, unicéntrico, del tratamiento de CB superficial con TFD y Gel Nanoemulsión BF 200 ALA. Diagnóstico clínico y/o histopatológico de carcinoma basocelular superficial previo al tratamiento con TFD. Se han realizado 2, 3 y 4 sesiones consecutivas según respuesta clínico-dermatoscópica, con un intervalo de 7 días entre sesión. Revisión a los 3 meses tras realizar la última sesión.

Resultados. Veintiséis han recibido TFD-Luz Roja LED 635 nm. La distribución de los pacientes fueron de 16 mujeres y 10 hombres. La edad media fue de 62,48 años (41-80 años). La localización de las lesiones presentó una distribución de cabeza y cuello 10 (38,46%), tronco 12 (46,15%) y extremidades 4 (15,38%). El número de sesiones de TFD fue del 42,30% (11 pacientes) para 2 sesiones, del 30,76% para 3 sesiones (8 pacientes) y del 26,92% para 4 sesiones (7 pacientes). Se ha realizado la primera revisión de respuesta de tratamiento a los 3 meses de la última sesión de TFD, cuyos resultados definitivos se expondrán en la reunión. Del mismo modo se presentará la valoración cutánea a los 3 meses de la terapia, incluyendo los cambios de atrofia cutánea, cambios de pigmentación y la presencia de cicatriz residual.

Discusión. El CB es el cáncer cutáneo no melanoma más frecuente, cuya incidencia crece de manera exponencial, influyendo a pacientes cada vez más jóvenes. La cirugía es y continúa siendo el tratamiento de primera línea, presentando la menor tasa de recurrencia. Sin embargo, su principal secuela, la cicatriz, puede suponer un estigma para el paciente. En la última década se han ido incorporando nuevos tratamientos no quirúrgicos para el manejo de los 2 principales subtipos de CB; el más frecuente, el subtipo nodular, y en segundo lugar, la variante superficial. El CB superficial (CBs) ha vivido una auténtica revolución en su manejo tras la introducción de imiquimod. De hecho, podemos encontrar en la bibliografía ensayos clínicos y otros artículos que demuestran y/o comparan el tratamiento tópico del CBs con imiquimod, TFD con MAL. Recientemente se ha aprobado la indicación de la Nanoemulsión BF 200 ALA en este subtipo de CB, y próximamente se publicarán los resultados del primer ensayo clínico realizado. Presentamos nuestra experiencia con 26 pacientes en el tratamiento del CBs y la Nanoemulsión de BF 200 ALA, así como datos de eficacia, seguridad y características cutáneas tras la valoración del paciente a los 3 meses de la última sesión de TFD.

Conclusiones. El tratamiento del CB superficial con TFD-Luz Roja LED 635 nm con Gel Nanoemulsión BF 200 ALA es una de las alternativas terapéuticas en la actualidad, con buenos datos de eficacia y seguridad.

CL2. INDICACIONES NO CONVENCIONALES DEL LÁSER DE COLORANTE PULSADO

A. Perea Polak, S. Simonsen, E. Gómez Moyano, Á. Vera Casaño y L. Martínez Pilar

Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

Introducción. El láser de colorante pulsado (LCP) es un láser no ablativo cuya afinidad por la hemoglobina nos ha permitido abordar el tratamiento de lesiones vasculares de manera satisfactoria. Clásicamente se ha posicionado como referente en el tratamiento de las malformaciones vasculares capilares tipo mancha en vino de Oporto. La experiencia acumulada con este láser en las últimas décadas nos ha permitido abordar el tratamiento de otras lesiones dermatológicas de naturaleza no vascular.

Objetivo. Discutir la utilidad en la práctica clínica diaria y la evidencia científica de algunas indicaciones no clásicas del LCP.

Material y método. Revisión de nuestra base de datos de los últimos diez años, así como la literatura científica disponible.

Resultados. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de verrugas vulgares, estrías de distensión, y cicatrices posquemadura, con el LCP.

Discusión. Existen múltiples indicaciones no convencionales donde el LCP puede ser útil; si bien en algunas de ellas hay una evidencia contrastada, en otras la necesidad de nuevos estudios que avalen su uso y eficacia son necesarios.

Conclusiones. En la actualidad podemos abordar el tratamiento de diferentes condiciones dermatológicas de naturaleza no vascular con el LCP, presentándose en ocasiones como una alternativa eficaz a la terapéutica convencional.

CL3. TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUCOIDES MEDIANTE USO COMBINADO DE ESCLEROSIS CON POLIDOCANOL Y LASER ND:YAG 1064 NM PULSO LARGO

E. Querol Cisneros, E. Moreno Artero, N. Rodríguez Garijo, I. Querol Nasarre y P. Redondo Bellón

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Introducción. Aunque la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para los quistes mucoides, tanto digitales como de la mu-

cosa oral, se han propuesto procedimientos alternativos como la esclerosis con polidocanol, la coagulación infrarroja o el láser de CO₂. A pesar de todo ello las recurrencias tras el tratamiento son frecuentes.

Material y método. Presentamos una serie de 18 pacientes con quistes mucoides, 11 digitales y 8 de mucosa oral, que fueron tratados combinando el efecto esclerosante del polidocanol con el láser Nd:YAG. Tras evacuar por completo el contenido mucoso mediante punción, se introducen a través del propio orificio de drenaje 0,2-0,5 cc de polidocanol al 0,5%. A continuación, se realizan mediante técnica de "stacking", 2-3 disparos sobre la pared del quiste con láser Nd-YAG 1064 nm, (Cutera, Brisbane, spot 7 mm, fluencia 80 Julios/cm², ancho de pulso 30 ms). Se aplicó enfriamiento entre disparos para evitar el daño del epitelio mucoso o epidérmico de revestimiento. El resultado fue satisfactorio en todos los casos tras una sola sesión de tratamiento, y no se observaron recurrencias durante un año de seguimiento.

Discusión. La idea de combinar la esclerosis con polidocanol y láser Nd:YAG para el tratamiento de quistes mucoides surge de la aplicación de este mismo procedimiento para el tratamiento de las venas varicosas. Si bien se desconoce el mecanismo del efecto sinérgico de la combinación de ambos procedimientos, no se han observado efectos adversos mayores, el procedimiento es rápido, mínimamente invasivo y bien tolerado, y los resultados obtenidos parecen mantenerse a largo plazo.

Conclusión. La sencillez, seguridad y eficacia del procedimiento propuesto parece plantear una válida alternativa a la cirugía para el tratamiento de quistes mucoides, tanto digitales como de la mucosa oral.

CL4. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LESIONES PIGMENTARIAS BENIGNAS. SITUACIONES ESPECIALES

F.J. Vázquez Doval

Dermaclinic. Logroño. La Rioja. España.

Las lesiones pigmentarias benignas representan una patología muy frecuente en nuestras consultas. Con la introducción de los láseres, la mayoría se tratan de manera muy satisfactoria.

Material y método. Se incluyeron un total de 355 pacientes entre los años 2009 y 2016, afectos de lesiones pigmentarias de naturaleza benigna que acudieron a nuestro centro. Se trataron con un láser de Nd:YAG (qs) 535-1064 nm y se realizó un seguimiento mínimo de seis meses.

Resultados. Valoramos los siguientes apartados: - Criterios clínicos de selección: tipo de lesión, valoración dermoscópica, tratamientos previos, antecedentes de melanoma, tipo de piel, expectativas planteadas por el paciente. - Protocolo de tratamiento según el tipo de lesión pigmentada y la localización. - Efectos adversos inmediatos y a medio plazo. - Resultados del tratamiento de las diversas lesiones pigmentarias con láser de Nd:YAG (qs).

Conclusiones. El láser de Nd:YAG (qs) se puede considerar el tratamiento "gold standard" de las lesiones pigmentadas benignas, obteniéndose remisiones completas en un 95% de los pacientes. El efecto adverso inmediato más frecuente es la púrpura y a medio plazo la hiperpigmentación postinflamatoria. El láser de Nd:YAG (qs) se puede combinar con láser de CO₂ en situaciones especiales: lentigos de gran tamaño, lentigos asociados a queratosis seborreicas y lentigos actínicos.

CL5. ELECTROQUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL IRRESECCABLE

L. Padilla España, J. Raya Maldonado, T. Toledo Pastrana y A. Fernández Orland

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción. La electroquimioterapia (EQT) es un tratamiento empleado para el tratamiento de tumores cutáneos y subcutáneos no resecables, entre los que se incluye el melanoma metastásico, el carcinoma espinocelular y el carcinoma de células de Merkel (CCMk). El CCMk es un tumor infrecuente que se presenta en personas de edad avanzada, especialmente en miembros inferiores. A nivel del Sistema Nacional de Salud esta técnica solo se oferta en el Hospital Universitario Virgen M. (Sevilla) y Hospital Clínic (Barcelona).

Objetivo, material y método. Demostrar mediante grabación en vídeo la técnica y procedimiento de una sesión de EQT en un paciente con un CCMk irreseccable en miembro inferior izdo, así como el resultado posquirúrgico a las dos semanas.

Conclusiones. La EQT es un tratamiento efectivo y seguro para pacientes con CCMk irreseccable, así como otros tumores primarios o metastásicos cuyo abordaje quirúrgico se haya visto superado.

Pósteres

ONCOLOGÍA

PO1. TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON METOTREXATO INTRALESIONAL EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE: EFECTO SOBRE EL ESPESOR TUMORAL

M. Bergón Sendín, L. Barchino Ortiz, A. Pulido Pérez, P. Vilas Boas da Silva y R. Suárez Fernández

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

Introducción. El metotrexato intralesional (MTX-il) empleado de forma neoadyuvante a la cirugía ha demostrado utilidad en el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo (CEC). Esta terapia consigue una disminución del tamaño tumoral prequirúrgico, facilitando así dicho abordaje. Sin embargo, no se ha cuantificado su impacto en el espesor tumoral.

Objetivo. Valoración ecográfica del impacto del MTX-il en el espesor tumoral.

Material y método. Presentamos 10 casos de CEC que recibieron tratamiento neoadyuvante con MTX-il (2 infiltraciones separadas por 1 semana). Se realizaron estudios ecográficos antes del tratamiento neoadyuvante y antes del tratamiento quirúrgico definitivo. Además de los diámetros mayor y menor de cada lesión, se midió el espesor tumoral ecográfico máximo como diámetro vertical (DV).

Resultados. Se incluyeron 10 pacientes con CEC (6 varones, 4 mujeres) que recibieron 2 dosis de MTX-il, con una media de 19,5 mg por infiltración. En todos los casos se consiguió una reducción tanto clínica como ecográfica del tamaño tumoral. El DV medio previo al tratamiento con MTX-il fue de 6,2 mm y el DV medio previo al tratamiento quirúrgico fue de 2,6 mm. La disminución media del DV fue de 3,6 mm (58%). Tras el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica, se encontró un espesor tumoral histológico medio de 1,1 mm.

Discusión. Nuestros resultados muestran que la terapia neoadyuvante con MTX-il en el CEC no solo es capaz de reducir el diámetro de la lesión, sino que también disminuye el espesor tumoral. Este hecho podría suponer una repercusión oncológica sobre la evolución de la enfermedad, al incidir sobre uno de los principales factores de riesgo de este tumor.

Conclusiones. A pesar de que se trata de un número escaso de pacientes, nuestros resultados señalan otra ventaja adicional del MTX-il en el manejo del CEC.

PO2. HISTIOCITOMA FIBROSO BENIGNO CELULAR: HALLAZGOS CLÍNICOS, HISTOLÓGICOS Y ECOGRÁFICOS

C.M^a. Alcántara Reifs, R. Salido Vallejo, G. Garnacho Saucedo y A. Vélez García-Nieto

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. Se han descrito numerosas variantes de histiocitoma fibroso benigno o dermatofibroma, algunas de las cuales presentan un comportamiento biológico diferenciado, caracterizado por una mayor tendencia a las recurrencias locales e incluso, en muy infrecuentes y controvertidos casos, a dar lugar a metástasis a distancia. Presentamos un caso de histiocitoma fibroso benigno celular (HFBC), junto con los hallazgos histopatológicos y ecográficos de esta variante.

Caso clínico. Varón de 41 años consulta por lesión tumoral asintomática de 2 años de evolución en cara posterior de la pierna. Se realizó un diagnóstico clínico inicial de dermatofibroma. La ecografía cutánea mostró un nódulo hipocogénico mal delimitado comprometiendo dermis y tejido celular subcutáneo, con un aumento de la vascularización intratumoral prominente en el doppler color. El análisis histológico puso de manifiesto una proliferación de células fusiformes con mitosis salpicadas y un claro predominio del componente celular.

Discusión. El HFBC supone menos del 5% de todos los histiocitomas. Esta variante, caracterizada histológicamente por un predominio del componente celular y que con frecuencia se extiende al tejido celular subcutáneo, plantea el diagnóstico diferencial con el dermatofibrosarcoma protuberans y el leiomioma. Se han comunicado tasas de recidiva local hasta en un 26% de los casos. Asimismo, cabe resaltar los infrecuentes y controvertidos casos metastásicos comunicados. En ecografía, los dermatofibromas habitualmente aparecen como nódulos hipocogénicos e hipovascularizados en dermis. En nuestro paciente, la mala definición de la lesión, la extensión al subcutáneo y el aumento tan prominente de la vascularización, características también presentes en tumores de naturaleza maligna, nos hizo optar por la biopsia escisional de la lesión. Dado que los histiocitomas carecen de características clínicas que puedan sugerir su potencial comportamiento agresivo, el uso de ecografía nos proporciona información adicional en torno a las características estructurales y vasculares de esta neoplasia, especialmente útil en los casos clínicamente dudosos.

PO3. REVISIÓN DE 20 CASOS DE CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN NUESTRO HOSPITAL

L. González Ruiz, M. Franco Muñoz, M.Á. Flores Terry, C. Mendoza Chaparro y G. Romero Aguilera

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

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino poco frecuente que aparece principalmente en zonas fotoexpuestas de pacientes ancianos y se presenta como nódulos eritematovioláceos de rápido crecimiento. El diagnóstico es principalmente histopatológico. La positividad para CK20 en IHQ es un hallazgo casi patognomónico de este tumor. En los últimos años, se ha descrito la presencia de poliomavirus de células de Merkel en el 80% de los CCM. La cirugía con márgenes amplios es el tratamiento de primera línea. El pronóstico suele ser pobre.

Material y método. Presentamos la revisión de los casos de CCM de nuestro hospital, que abarca una población de 260.000 habitantes. Se han diagnosticado 20 casos entre el año 2000 y 2016.

Resultados. Según los datos obtenidos, la incidencia en nuestra población es de 0,48/100.000 habitantes y año. La edad media fue de 80 años con predominio en varones. La localización más frecuente fueron áreas fotoexpuestas. El tamaño medio de los tumores fue de 2,8 cm y el tiempo de evolución al diagnóstico de 4,5 meses. La sospecha clínica inicial de CCM fue solo del 26,6%. El 40% de los

pacientes presentó adenopatías sugestivas de malignidad en algún momento del seguimiento. Todos los pacientes excepto uno fueron intervenidos quirúrgicamente. Un 63% de ellos recibió RT y solo un 13% QT. Algo más de la mitad de los casos presentaron recidiva tumoral. El tiempo de seguimiento medio fue de 29,6 meses. La tasa de mortalidad en nuestra serie de casos fue del 80%.

Conclusiones. Presentamos la revisión de 20 casos de CCM de nuestro hospital. Según las variables analizadas, nuestros datos son similares a los descritos en la literatura. El CCM es un tumor cuya sospecha clínica inicial es difícil e infrecuente. El diagnóstico precoz es fundamental por su comportamiento agresivo con elevada capacidad metastásica y alta mortalidad.

PO4. QUERATOACANTOMAS MÚLTIPLES GENERALIZADOS ERUPTIVOS DE GRZYBOWSKI

L. Turrión Merino, R. Cabeza Martínez, D. Suárez Massa, M.A. González de Domingo y G. Roustán Gullón

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Las causas de queratoacantomas múltiples pueden ser esporádicas o familiares. Dentro de los esporádicos se han relacionado con exposición prolongada a carcinógenos químicos, estados de inmunosupresión, asociados a otras condiciones dermatológicas como el prurigo nodular, o asociados a otros tumores internos y neoplasias sebáceas en el síndrome de Muir-Torre entre otros. Dentro de los síndromes específicos de queratoacantomas múltiples se distinguen dos tipos principales: Los queratoacantomas múltiples generalizados de Grzybowski y el síndrome de queratoacantomas múltiples autorresolutivos de Ferguson-Smith con características diferenciadas. Presentamos el caso de una paciente con queratoacantomas múltiples sin otras neoplasias ni factores de riesgo asociadas, que por sus características clínicas (elevado número, pequeño tamaño, evolución progresiva, etc.) podría encuadrarse dentro del síndrome de queratoacantomas múltiples generalizados de Grzybowski. Tan solo se han publicado unos 30 casos de este raro síndrome en la literatura hasta este momento.

PO5. PÁPULAS BENIGNAS LINFANGIOMATOSAS POST-RADIOTERAPIA: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

J.L. Agudo Mena^a, G. Ochando Ibernón^a, M.E. Gómez Sánchez^b, M.L. Martínez Martínez^a y E. Escario Travesedo^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bHospital General de Villarrobledo. Albacete. España.

Los linfangiomas son neoplasias benignas que generalmente aparecen en el nacimiento y están constituidas por vasos linfáticos dilatados que pueden llegar hasta el tejido celular subcutáneo. Se han descrito linfangiomas adquiridos secundarios a numerosas etiologías, entre ellas la radioterapia y la cirugía.

Caso clínico. Mujer de 57 años, con antecedentes personales de carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda, que consulta por lesiones asintomáticas de 3 meses de evolución en región torácica izquierda. El cáncer de mama había sido intervenido hacía 3 años mediante mastectomía radical y quimioterapia adyuvante, y posterior uso de tamoxifeno y radioterapia locoregional. A la exploración física se observaban numerosas pápulas agrupadas de coloración marrónácea y no translucidas en región torácica izquierda, algunas de aspecto pseudovesiculoso, no infiltradas y sin linfedema asociado. El estudio histopatológico de una de las lesiones reveló un acúmulo de vasos de pequeño calibre y pared fina en dermis superficial. A medida que los vasos profundizaban en la dermis la luz se estrechaba y se hacían más angostos e irregulares, con apariencia linfática. El CD31 y CD34 teñían intensamente las células endoteliales y el D2-40, específico de vasos linfáticos, resultó positivo. Con todo ello se llegó al diagnóstico de pápulas linfangiomatosas benignas postradioterapia

(PLBP). Las PLBP constituyen una rara proliferación cutánea de aspecto vascular y comportamiento benigno. Describas clásicamente en mujeres entre los 30 y 70 años con historia personal de radioterapia postoperatoria, en relación con un cáncer de mama; aunque también se han descrito casos asociados a un cáncer de ovario y endometrio. Clínicamente se presentan en forma de pequeñas pápulas eritematosas de entre 0,5-1 cm de tamaño, que pueden llegar a agruparse formando pequeñas placas, pudiendo existir lesiones de aspecto seudovesiculosas asociadas. A nivel histológico es característico encontrar una marcada dilatación vascular en dermis superficial. La proliferación vascular está relativamente bien circunscrita, pudiendo alcanzar la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo en raras ocasiones. Los espacios vasculares están tapizados por una única hilera discontinua de células endoteliales con positividad frente al CD31, CD31, factor VIII y D2-40. Es importante el diagnóstico diferencial con las lesiones vasculares atípicas y el angiosarcoma, por lo que el estudio histológico es obligado en estos pacientes.

PO6. FIBROXANTOMA ATÍPICO DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

M. Canseco Martín, C. Delgado Mucientes, A. Robledo Sánchez, M. Garayar Cantero y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. El fibroxantoma atípico (FA) es una tumoración fibrohistiocitaria superficial rara de malignidad intermedia que clásicamente se presenta en cabeza y cuello de ancianos varones con daño actínico. No suele comprometer miembros ni tejidos blandos a diferencia del sarcoma pleomórfico indiferenciado (también llamado histiocitoma fibroso maligno) aunque ambos comparten patrones histológicos e inmunohistoquímicos similares.

Caso clínico. Paciente varón 33 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Acude a consulta por lesión en dorso de mano izquierda, asintomática, de 1 año de evolución que ha presentado crecimiento paulatino. A la exploración se objetiva pápula eritematomarrónacea, de 1 cm de diámetro con superficie descamativa, firme al tacto y aspecto fibroso. Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión con resultado anatomopatológico sugestivo de FA. **Discusión.** El FA es una tumoración de células fusiformes atípicas de bajo grado y etiológicamente relacionado con radiación ultravioleta, otras radiaciones, pacientes trasplantados o afectados de xeroderma pigmentoso. Clínicamente se presenta como lesión tumoral solitaria asintomática, de color rojo-rosado, firme y menos de 2 cm de diámetro localizada en cabeza y cuello de ancianos (80%) y en menor frecuencia a nivel de tronco y extremidades en pacientes jóvenes. Como diagnósticos diferenciales clínicos se incluyen carcinoma espinocelular, basocelular, de Merkel y otros tumores anexiales. El diagnóstico histopatológico es de exclusión, descartando el carcinoma espinocelular de células fusiformes y el melanoma desmoplásico. La inmunohistoquímica es positiva para vimentina, CD68, CD99, CD10 y negativa para citoqueratinas, S100, Melan A, actina y desmina. La cirugía con márgenes de 1 cm es el tratamiento de elección, si no se dispone de cirugía de Mohs. El pronóstico suele ser favorable, recomendándose revisiones cada 6 meses. Presentamos el caso clínico de un paciente joven con FA de localización atípica en una extremidad sin factores de riesgo asociados, existiendo pocos casos descritos en la literatura.

PO7. METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO EN VESÍCULA BILIAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Elosua González^a, E. García-Zamora^a, A.G. Díaz Zelaya^b, F. Pinedo Moraleda^c y J.L. López Estebanz^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Quirón San Camilo. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción. El melanoma cutáneo (MC) representa menos del 5% de los cánceres cutáneos, sin embargo tiene una elevada capacidad metastásica, siendo los lugares más frecuentes los tejidos blandos (50-75%), pulmón (70-87%), hígado (54-77%) y cerebro. Las metástasis gastrointestinales son más infrecuentes, y en vesícula biliar (VB) se consideran algo excepcional.

Caso clínico. Varón de 53 años con antecedente de MC en abdomen (Breslow 1,2 mm, estadio IIA), extirpado en julio de 2012, con posterior ampliación de márgenes y realización de biopsia de ganglio centinela en la que no se identifica ganglio. Se le realizan revisiones periódicas sin observarse alteraciones en las analíticas ni en pruebas de imagen. Un año más tarde, comienza con dolor abdominal, aumento del ritmo intestinal, rectorragia ocasional y pérdida de peso, llegando a presentar dos episodios de pancreatitis aguda. En noviembre 2016 le realizan una gastroscopia y una colonoscopia sin hallazgos relevantes. En marzo 2017 se le realiza una ecografía abdominal por persistencia de los síntomas en la que se observa barro biliar, decidiéndose realizar colecistectomía laparoscópica. El estudio histológico muestra una formación polipoide con proliferación de melanocitos atípicos HMB45 y Melan A positivos y CKAE1/AE3 negativos a nivel de la lámina propia con focos de activación juncional diagnosticándose de metástasis de melanoma.

Discusión. Los melanomas que afectan al tracto gastrointestinal pueden ser primarios o metastásicos, siendo indistinguible clínica, radiológica e histológicamente. Una historia clínica de antecedentes de MC, como en nuestro caso, orienta a metástasis en VB. Solo un 2-4% de los MC presentan metástasis gastrointestinales, siendo lo más frecuente intestino delgado, colon y estómago. Generalmente la metástasis de MC en vesícula biliar presenta un pronóstico muy pobre (supervivencia del 15% a los 5 años) y suele cursar asintomática, dificultando su diagnóstico, pero en casos raros puede dar síntomas como dolor abdominal o colecistitis aguda.

PO8. MELANOMA PRIMARIO PLEURAL: UN TUMOR INFRECUENTE DE PRONÓSTICO INFAUSTO

A. Martínez López^a, M.J. Moyano Rodríguez^b, A.M. Bueno Rodríguez^a, L. Salvador Rodríguez^a y S. Arias Santiago^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. Aunque la tasa de incidencia del melanoma a nivel mundial es de 160.000 pacientes-año, solo entre un 8-10% de los tumores se originan fuera de la piel, siendo el melanoma corneal el más frecuente de los extracutáneos.

Caso clínico. Una paciente de 23 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de piel, fue derivada a nuestro centro hospitalario para intervención quirúrgica de un tumor costal izquierdo de 8,5 cm de 6 meses de evolución, con crecimiento rápido y progresivo. La exploración física mostró una masa infiltrada y adherida a la séptima costilla izquierda, la cual se observaba desestructurada en la imagen de TAC. La paciente no presentaba ninguna otra sintomatología, y el resto de la exploración física y radiológica fue normal. Durante la intervención quirúrgica se observó una masa hiperpigmentada con implantes metastásicos pleurales y diafragmáticos, y el estudio histológico intraoperatorio fue diagnóstico de melanoma. Tras la intervención se realizó una exploración oftalmológica y endoscópica, siendo ambas negativas. La paciente rechazó recibir tratamiento oncológico, estando en la actualidad en seguimiento y sin presentar nuevas metástasis sistémicas.

Discusión. El melanoma pleural es un tumor muy infrecuente, con menos de 10 casos descritos en la literatura. Al ser uno de los melanomas menos frecuentes dentro de los de localización atípica el diagnóstico suele ser tardío y el pronóstico infausto. El principal diagnóstico diferencial se realiza con el mesotelioma, siendo fundamental el uso de marcadores inmunohistoquímicos. Finalmente, es importante remarcar el despistaje de este tumor en pacientes con nevos congénitos gigantes y sintomatología respiratoria asociada.

PO9. ANGIOSARCOMA CUTÁNEO CON METÁSTASIS PAROTÍDEA

P. Chicharro-Manso^a, P. Rodríguez-Jiménez^a, K. Montañés^b, Y. Delgado^a y E. Gallo^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Introducción. El angiosarcoma cutáneo (AC) es una neoplasia vascular maligna infrecuente, típica de edades avanzadas y localizada habitualmente en cabeza y cuello. Hasta el 36% de los pacientes presentan metástasis en su evolución.

Caso clínico. Varón de 72 años que acude a consultas de Dermatología por aparición un año antes de lesión tuberosa sobre mácula pigmentada en región frontoparietal derecha, ambas de crecimiento lento. En la exploración presenta una mácula marronácea 10x4 cm con bordes mal definidos y una lesión tuberosa sobre la anterior, violácea y de consistencia dura, de 1 cm de diámetro. No se palpan adenopatías, pero sí un aumento difuso de tamaño de la glándula parótida derecha. La biopsia de la lesión tuberosa muestra una tumoración dérmica con crecimiento infiltrativo, constituida por células epitelioides formando estructuras lumbales centrales ocupadas por hematías. Las células tumorales expresan CD31 y ERG. Múltiples biopsias de la región macular solo muestran histología de hiperpigmentación postinflamatoria. Con el diagnóstico de AC, se realiza extirpación con 2 cm de margen lateral, hasta periostio en profundidad y reconstrucción con injerto laminar obtenido de muslo. En estudio de extensión mediante TC y RMN se objetiva tumoración irregular en lóbulo superficial de glándula parótida derecha de 2x4x2 cm, con realce periférico. Tras punción aspiración inicial con citología inespecífica, se realiza parotidectomía superficial por parte de Otorrinolaringología, confirmando infiltración metastásica por AC. En sesión multidisciplinar, se decide tratamiento adyuvante con radioterapia, permaneciendo estable clínicamente hasta el momento.

Discusión. El AC es un tumor altamente agresivo, con una supervivencia media a los 5 años entre el 12 y el 48%, debido en parte al elevado porcentaje de recurrencias y metástasis. Las metástasis de AC en glándula parótida son extremadamente raras, representando menos del 0,7% en alguna de las mayores series publicadas. Su baja incidencia nos impide conocer las repercusiones pronósticas.

PO10. MELANOMA DURANTE TRATAMIENTO CON NATALIZUMAB PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

P. Munguía Calzada, Y. Hidalgo García, F. Vázquez López, C. Galache Osuna y J. Santos Juanes

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Introducción. La posible asociación entre el uso de natalizumab (NA) y un mayor riesgo de desarrollo de melanoma es objeto de controversia. El NA es un anticuerpo monoclonal dirigido contra las integrinas alfa 4 que se utiliza para el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) y la enfermedad de Crohn.

Caso clínico. Presentamos el caso de una mujer de 48 años, diagnosticada de EM. Comenzó tratamiento con NA en 2010 (1 dosis mensual). En junio de 2016 notó la aparición de una lesión en la cara anterior del muslo derecho. En la consulta se observó una mácula marrón y negra de 8 mm de diámetro con variaciones de color y bordes irregulares. La histopatología reveló un melanoma de extensión superficial (Breslow 0,978, Clark IV, índice mitótico > 1 mm²). Se realizó biopsia de ganglio centinela que fue negativa. Tras el diagnóstico de melanoma se suspendió el tratamiento con NA. Además tras la exéresis del melanoma la paciente desarrolló aproximadamente 20 nevus melanocíticos adquiridos con patrón regular en la dermatoscopia. Un año más tarde los nevus eruptivos permanecen estables y no hay signos de recurrencia o metástasis del melanoma.

Discusión. La aparición de melanoma en pacientes tratados con NA se ha descrito ocasionalmente. Hasta el momento no ha sido probada una relación causal. Un metaanálisis de datos de seguridad procedentes de ensayos clínicos de NA mostró que la incidencia de melanoma fue similar entre pacientes que recibieron NA comparado con los que recibieron placebo. Sin embargo, estudios en población italiana han estimado que la incidencia de melanoma en pacientes con EM tratados con NA es mayor. Además, no hemos encontrado en la literatura la descripción de aparición súbita de nevus tras tratamiento con este fármaco.

PO11. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 11 CASOS

E. García Zamora, M. Elosua González, R. Miñano Medrano, F. Pinedo Moraleda y J.L. López Estebanz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción y objetivos. La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia cutánea infrecuente. Se trata de un adenocarcinoma intraepitelial descrito por primera vez por Crocker en 1889 que generalmente afecta a individuos de raza blanca entre los 50-80 años. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, histológicas, tratamiento y seguimiento realizado a todos los pacientes con EPEM conocidos hasta la fecha en nuestro hospital y comparar los resultados con las series de casos descritas en la literatura.

Material y método. Realizamos un estudio retrospectivo durante 12 años consecutivos, entre 2004 y 2016, de los diagnósticos registrados en la base de datos del servicio de anatomía patológica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid), analizando las características demográficas, clínicas, tratamiento y seguimiento realizados.

Resultados. A lo largo de 12 años, hemos tratado a 11 pacientes con EPEM. Se trata de 7 mujeres (63,6%) y 4 varones (36,3%), con una edad media de 64 años. La localización más frecuente fue la vulvar (7, 63,6%) seguida de la escrotal (2; 18,1%). El despistaje de neoplasias asociadas fue negativo en todos los casos. En 4 pacientes se realizó cirugía micrográfica de Mohs en diferido mientras que 5 fueron sometidos a extirpaciones amplias con márgenes clínicos. El estudio histopatológico reveló infiltración dérmica en 5 casos (45,4%). Hasta la fecha, todos los pacientes siguen vivos, aunque una paciente ha desarrollado diseminación a distancia, con metástasis ganglionares y óseas y se encuentra bajo tratamiento quimioterápico con carboplatino y paclitaxel con respuesta parcial.

Conclusiones. Nuestros datos en términos de características demográficas, localización y supervivencia son similares a los descritos en la literatura. La baja incidencia de esta enfermedad y su clínica inespecífica nos debe alertar sobre la necesidad de establecer una alta sospecha clínica para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.

PO12. TERAPIA FOTODINÁMICA CON ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO CON LUZ DE DÍA. PARA EL TRATAMIENTO DE QUERATOSIS ACTÍNICAS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 33 CASOS

C. Cuenca Barrales, D. López Delgado, S. Sáenz Guirado, J.C. Ruiz Carrascosa y R. Ruiz Villaverde

Hospital Campus de la Salud. Granada. España.

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento ampliamente aceptado para las queratosis actínicas. Las ventajas que aporta sobre la criocirugía o los tratamientos tópicos radican en la posibilidad de tratar un mayor número de queratosis actínicas simultáneamente, así como su actuación sobre el campo de cancerización, en una o dos sesiones en la mayoría de casos. En los últimos años, se ha implantado en el uso de TFD la luz de día, que aporta como principal ventaja con respecto a la modalidad convencional una menor tasa de efectos se-

cundarios, especialmente el dolor. Presentamos una serie de 33 pacientes tratados en el Hospital Campus de la Salud de Granada en el periodo Junio 2016-Junio 2017 diagnosticados de actínicas grados II y III localizadas en óvalo facial y tratadas con ácido aminolevulinico (ALA) en modalidad TFD luz de día. El 87,9% (29/33) de los pacientes fueron varones con un rango de edad entre 56 y 92 años, y una media de 76. El 60,6% (20/33) eran de fototipo III, y el 39,4 (13/33) restante de fototipo II, habiendo recibido el 60,6% (20/33) una exposición solar crónica o laboral y el 39,4 (13/33) una exposición aguda intermitente o recreativa. Las variables analizadas incluyeron número de sesiones, tiempo entre sesiones (si número > 1), respuesta al tratamiento, escala visual analógica de dolor (EVA) y efectos secundarios asociados. El único tratamiento aprobado hasta la fecha para TFD con luz de día es el metilaminolevulinato. La principal ventaja del ALA con respecto a este es una mayor penetración en las células del fármaco por su liposolubilidad, con el consiguiente incremento en la efectividad terapéutica. Su uso aún no está aprobado para TFD con luz de día, por lo que debe usarse fuera de ficha técnica, especificándolo en la historia clínica y con consentimiento informado del paciente.

PO13. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE TUMORES DE ÓRGANOS SÓLIDOS: ESTUDIO EN 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M.Á. Flores Terry, L. González Ruiz, M. Franco Muñoz, C. Mendoza Chaparro y G. Romero Aguilera

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

Introducción. Se denomina metástasis cutáneas(MC) a la infiltración de la piel células procedentes de tumores situados a distancia. Son poco frecuentes con un alto impacto, debido a que ponen en evidencia un proceso sistémico y amenaza de la vida a corto plazo. Con el aumento de la supervivencia y los nuevos tratamientos oncológicos se estima un aumento de su incidencia.

Objetivo. Determinar y analizar las características clínicas y evolución de los pacientes con MC de tumores de órgano sólidos (MCTOS).

Material y método. Estudio observacional y retrospectivo en 10 años de seguimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de dermatología de un hospital terciario, se analizaron las variables (sexo, edad, origen, momento de presentación, morfología de la metástasis, localización, supervivencia y mortalidad).

Resultados y discusión. En total registramos 32 MCTOS, todas en estadio III-IV, 20 mujeres y 12 varones, con una edad media de 62 años, rango (25-92). El mayor porcentaje fueron MC de tumores de mama (18/32), seguidas por las de origen pulmonar (4/32). En un 75% fueron posteriores al tumor primario, en un 25% como presentación inicial. La morfología de las MC fueron principalmente nódulos únicos o múltiples (65%). La localización fue, en su mayor porcentaje, la piel del tórax (55%). El tiempo medio de supervivencia entre la MC y la mortalidad fue de 15 meses, siendo mayor en el caso de MC de mama con respecto a otros orígenes (22 vs 9 meses). La localización en la piel del tórax, y el mayor tiempo de supervivencia de las MC de mama, pueden estar relación con la vía de diseminación linfática inicial.

Conclusiones. Las MCTOS son tumores poco frecuentes con un alto impacto negativo. Dentro de estos tumores, las MC de mama son las más frecuentes y presentan un tiempo medio de supervivencia mayor que el resto de MC.

PO14. SÍNDROME DE REED DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

P. Fernández Canga, P. Sánchez Sambucety, J. Castiñeiras González, A. Pérez Bustillo y M. Ángel Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

La leiomiomatosis cutánea y uterina múltiple (MCUL) es una enfermedad hereditaria poco frecuente caracterizada por la presencia de

leiomiomas cutáneos y uterinos. Existe, además, una variante asociada a carcinoma de células renales. Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con historia previa de histerectomía por miomas y en seguimiento dermatológico tras la exéresis de un carcinoma basocelular. En una de sus visitas refiere la extirpación de un leiomiomasarcoma en región mandibular y a los dos meses, la detección de un carcinoma papilar tipo II, tras el estudio de una hematuria reciente. Con la sospecha de un síndrome de Reed, rehistoriamos a la paciente que nos confirma historia familiar de histerectomía por miomas en su madre y hermana, a edades tempranas. Le proponemos estudio genético, aún pendiente de realizarse, y a su hermana, estudio urológico de despistaje. El síndrome de Reed o MCUL fue descrito por Reed et al. en 1973. Es una enfermedad rara, autosómica dominante, producida por la mutación en el gen de la fumarato hidratasa (supresor tumoral). Se manifiesta por la aparición de leiomiomas uterinos de forma precoz en la mujer (antes de la cuarta década) y de leiomiomas cutáneos en ambos sexos, siendo el tipo más frecuente el pilo-leiomioma. Los leiomiomasarcomas, como en el caso descrito, representan una forma excepcional de presentación. Existe además, un aumento de la incidencia de cáncer renal en las familias con MCUL. El más frecuente es el carcinoma renal papilar tipo II que se presenta más precozmente que el esporádico y con un comportamiento más agresivo. El conocimiento del síndrome de Reed y sus manifestaciones cutáneas es importante en dermatología. La presencia de leiomiomas o leiomiomasarcomas (variante atípica que hemos presentado en este caso) puede ser clave en su diagnóstico, que será imprescindible para realizar despistaje urológico y ginecológico y un adecuado consejo genético.

PO15. CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL AGRESIVO EN TRASPLANTADO RENAL ¿CÓMO DEBEMOS MANEJAR A ESTOS PACIENTES?

C. Mendoza Chaparro, M.Á. Flores Terry, M. Franco Muñoz, L. González Ruiz y G. Romero Aguilera

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

Introducción. El CCM es una forma infrecuente y agresiva de cáncer de piel causado por la infección por el poliomavirus de células de Merkel. Los pacientes inmunosuprimidos tienen una mayor incidencia y peor supervivencia. Presentamos un paciente trasplantado renal con un CCM que le provocó la muerte a los 2 meses del diagnóstico.

Caso clínico. Varón de 64 años trasplantado renal en 2005 por IRC 2ª a nefropatía IgA, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y prednisona, con antecedente de dos carcinomas basocelulares en 2013 y 2015, que nos consultó por lesión tumoral frontal izquierda de 2 meses de evolución. Dicha lesión medía 7 mm, color rosado de consistencia firme, con dermatoscopia inespecífica. Se realizó extirpación con diagnóstico AP de CCM. Mientras era estudiado por radioterapia desarrolló adenopatía submandibular que se confirmó mediante PAAF como metastásica, suspendiéndose la medicación inmunosupresora. Comenzó con mal estado general, ascitis y elevación de transaminasas, siendo ingresado. Se realizó TAC que mostró múltiples metástasis hepáticas descartando presencia de otro tumor primario. El paciente falleció por fracaso multiorgánico.

Discusión. La incidencia de CCM en trasplantados es de 12 casos/100.000 personas al año, 24 veces superior a la de la población general. La mortalidad directamente relacionada con la enfermedad es 12 veces superior a los pacientes inmunocompetentes. No existen recomendaciones específicas para el manejo de estos pacientes en las guías clínicas, aunque se recomienda RT adyuvante y BSGC aún en ausencia de datos clinicopatológicos de mal pronóstico. El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento con inhibidores de mTor, que se ha asociado con menor incidencia de carcinoma epidermoide, fue un factor independiente de riesgo de CCM en la

mayor serie publicada en pacientes trasplantados. Un panel de expertos recomendó en 2006 la disminución moderada del tratamiento inmunosupresor en trasplantados renales ante el diagnóstico de CCM, y su supresión total en casos de mal pronóstico.

PO16. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES ERUPTIVOS EN CUERO CABELLUDO EN NIÑO DE 8 AÑOS INMUNODEPRIMIDO

M. Mir Bonafé, V.P. Beteta Gorriti, S. Requena López, P. Munguía Calzada y Á. de Dios Velázquez

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

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento que proporciona una mayor esperanza de vida en pacientes con diversas patologías graves. Sin embargo, se trata de una terapia con un seguimiento complejo que se debe realizar de manera multidisciplinar. A nivel dermatológico, es importante monitorizar estos pacientes no solo por el riesgo de desarrollar enfermedad del injerto contra el huésped (EICH) sino por el aumento en el riesgo de cáncer cutáneo. Presentamos el caso de un niño varón de 8 años, con antecedente de TPH alogénico cuando tenía 2 años tras diagnóstico de LLA-B común. Tras 6 años el paciente consulta la aparición durante los últimos 6 meses de múltiples nódulos queratósicos en el cuero cabelludo. Tras el estudio histopatológico, se llegó al diagnóstico de carcinomas epidermoides eruptivos en un paciente con TPH. Para el manejo de este cuadro se adoptaron diversas medidas: suspender el voriconazol (por la asociación con un aumento del riesgo de cáncer cutáneo), extirpación quirúrgica de lesión frontal que requirió reconstrucción mediante injerto de piel cultivada y diferentes terapias para el abordaje del campo de cancerización: crioterapia, 5-fluoruracilo 0,5%, imiquimod 5% y diclofenaco, sin éxito. Actualmente está en tratamiento mediante infiltraciones intralesionales de metotrexate 20 mg semanalmente, con respuesta parcial. La aparición de carcinomas epidermoides en población pediátrica es una relación poco descrita en la literatura por lo que nos parece interesante tanto desde el punto de vista diagnóstico como por la dificultad terapéutica que entraña. En nuestro caso, optó por el metotrexate como tratamiento paliativo y neoadyuvante de cara a posibles futuras intervenciones. Estos pacientes requieren una monitorización y manejo multidisciplinarios, en los que la prevención, detección precoz y seguimiento son fundamentales.

PO17. CARCINOMAS ESPINOCELULARES ERUPTIVOS MÚLTIPLES EN PACIENTE TRATADO CON VISMODEGIB

J.J. Domínguez Cruz, P. Martín Carrasco, M. Dañino, C. Pérez y J. Conejo-Mir

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El vismodegib es un tratamiento del carcinoma basocelular (CBs) localmente avanzados o metastásico. Mohan et al. publicaron un aumento del riesgo de presentar carcinomas espinocelulares (CEs) (hazard ratio = 6,37) en una cohorte de 55 pacientes con CBs después del tratamiento con vismodegib comparado con una cohorte de 125 pacientes con CBs no tratados con vismodegib. Sin embargo, tanto la metodología del estudio como los resultados que en él se obtuvieron han sido muy discutidos en la literatura.

Caso clínico. Paciente varón de 73 años en tratamiento desde hacía 8 meses y medio con vismodegib por un CB localmente avanzado, intervenido previamente en múltiples ocasiones, de la zona periocular izquierda. El paciente había sido tratado con anterioridad de varios CBs y de un único CE en el pabellón auricular derecho, esta última lesión 1 mes antes de empezar el tratamiento con vismodegib. A los 8 meses y medio de empezar el tratamiento con vismodegib el paciente con-

sultó por la aparición de múltiples lesiones erosionadas de rápida evolución en la superficie de extensión de los miembros superiores (x4) así como de una lesión en el pabellón auricular izquierdo. El paciente refería no haber presentado previamente lesiones similares, ni en los miembros superiores. Se procedió al estudio histológico de las lesiones confirmándose el diagnóstico de CEs múltiples.

Discusión. Se presenta un caso de rápida aparición de CEs cutáneos múltiples en el contexto de un paciente tratado con vismodegib. En algunos casos seleccionados el vismodegib podría favorecer la aparición de CEs. Son necesarios nuevos estudios que puedan aclarar esta posible relación y qué pacientes serían de mayor riesgo.

PO18. LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES TIPO PIERNA BILATERAL TRATADO CON R-MINICHOP

I. Torres Navarro, J. Piqueras García, A. Calle Andrino, P. Molés Poveda y R. Botella Estrada

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Introducción. El linfoma B difuso de células grandes tipo pierna (LBDCG, TP) constituye una neoplasia linfoide maligna infrecuente de estirpe B. Este linfoma se presenta típicamente en ancianos, con predominio femenino, a modo de tumores solitarios o agrupados, en ocasiones ulcerados, que se localizan preferentemente en la porción distal de una pierna.

Caso clínico. Mujer de 80 años que presentaba lesiones tumorales eritematosas pruriginosas de 2 meses de evolución, de inicio en región distal de la pierna derecha y rápida progresión afectando también a la izquierda. La paciente no presentaba síntomas sistémicos. La biopsia mostró un denso infiltrado dérmico compuesto por linfocitos atípicos de núcleos grandes no hendidos a tipo centroblasto e inmunoblasto. Dichos linfocitos eran monoclonales, CD20+, CD79a+, BCL2+, MUM1+. Con ello, se diagnosticó LBDCG, TP con afectación de ambas extremidades inferiores. El estudio de extensión consistente en PET-TC, biopsia de médula ósea y analítica sanguínea no mostró afectación extracutánea. Se realizaron ecocardiografía y pruebas funcionales respiratorias y se inició tratamiento con R-miniCHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona y rituximab) alcanzándose remisión de las lesiones.

Discusión. El LBDCG, TP se caracteriza por su mal pronóstico y su alta tasa de recidivas, mostrando una supervivencia del 40-50% a los 5 años. El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con el linfoma centrofoliolar con predominio de centroblastos y centrocitos grandes. El régimen R-miniCHOP constituye una alternativa terapéutica interesante en pacientes mayores. Consiste en una reducción de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina al 50% de la dosis habitual para disminuir la incidencia de efectos secundarios, especialmente la cardiotoxicidad por antraciclina. Otra opción terapéutica sería la radioterapia y en el futuro quizás se disponga de tratamiento con inhibidores de la tirosinasa de Bruton, actualmente en ensayo clínico con resultados prometedores.

PO19. MICOSIS FUNGOIDE POIQUILODÉRMICA

T. Usero Bárcena^a, M^a.M. Otero Rivas^a, R. Rodríguez Lojo^a, E. García Rodeja Arribi^b y M^a.L. Fernández Díaz^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.

Introducción. La micosis fungoide (MF) poiquilodérmica es una variedad infrecuente de MF que cursa con lesiones hiper- e hipopigmentadas con atrofia y telangiectasias. Se presenta a una edad más temprana que MF clásica y suele tener un pronóstico favorable.

Caso clínico. Mujer de 33 años sin antecedentes familiares de interés, con historia de lesiones cutáneas generalizadas asintomáticas desde los 11. A la exploración se apreciaban zonas parcheadas con hiperqueratosis alternando con otras hipopigmentadas atróficas, en

extremidades y tronco. No presentaba adenopatías palpables, ni clínica sistémica. Tras 2 años de seguimiento y varias biopsias se llega al diagnóstico de MF poiquilodérmica. Se deriva a hematología, solicitándose estudio de extensión. En el TC se objetivan adenopatías y alteración esplénica sin infiltración neoplásica en biopsia ganglionar ni de médula ósea. Se decide tratamiento con UVBBE con mejoría clínica importante tras 60 sesiones manteniéndose estable hasta la actualidad.

Discusión. El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas que cursan con atrofia puede ser un reto para el dermatólogo ya que además de ser infrecuentes pueden estar derivadas de múltiples causas. En nuestro caso la edad temprana de aparición de las lesiones, así como la presentación generalizada y la ausencia de lesiones clásicas de MF retrasó el diagnóstico. Dada la gravedad de la enfermedad es importante la sospecha de la misma ante cualquier lesión poiquilodérmica que se presente en un área no fotoexpuesta.

PO20. CARCINOMA APOCRINO CUTÁNEO PRIMARIO

R. Miñano Medrano^a, E. García Zamora^a, M. Elosua González^a, R. Gamio Villegas^a y F.J. Pinedo Moraleda^b.

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

El carcinoma apocrino cutáneo primario es un subtipo de carcinoma de la glándula sudorípara extremadamente raro. Descrito por Horn en 1944 existen pocos casos en la literatura.

Caso clínico. Varón de 61 años que acudió a nuestras consultas por presentar en axila derecha una lesión, pediculada, de 1 cm, color de la piel normal, con base eritematosa. Cinco años de evolución. Acompañado de sensación de escozor. Con el diagnóstico clínico de fibroma blando se realizó curetaje y electrocoagulación de la base. El estudio anatomopatológico se informó como carcinoma apocrino. Se realizó estudio de extensión con mamografía y ecografía bilateral, no observándose tejido mamario accesorio ni nódulos ni microcalcificaciones sospechosas de malignidad. Se realizó ampliación de márgenes clínicos que hubo que realizar en dos ocasiones por margen lateral afecto.

Conclusión. El carcinoma apocrino cutáneo primario es excepcional, suelen presentar un crecimiento lento e indolente diagnosticándose de lesiones benignas. Afectan principalmente axila y región anogenital, aunque puede aparecer también en cuero cabelludo, párpado, pabellón auricular, labio, tórax, areola mamaria, y dedos de manos y pies. Presenta una alta tasa de recurrencia y metástasis ganglionar, pero raramente metástasis a distancia. No existiendo guías clínicas para el manejo de estos tumores, la extirpación con márgenes amplios con o sin linfadenectomía es de momento el tratamiento de elección.

PO21. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER CUTÁNEO DE LA PIRÁMIDE NASAL INTERVENIDO POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN DURANTE LOS AÑOS 2013-2014

C.P. Hernández Fernández^a, A.H. Suárez Cabañas^b, J. Vilar Alejo^a, M. Grau Pérez^a y G. Carretero Hernández^a

^aServicio Dermatología. ^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción. El cáncer cutáneo es la patología tumoral maligna más frecuente en la población general. La pirámide nasal es una zona de emplazamiento frecuente, dado su alto nivel de fotoexposición.

Material y método. Estudio observacional retrospectivo de aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer cutáneo de la

pirámide nasal. Se definieron variables epidemiológicas, clínico-patológicas y terapéuticas. Los datos se analizaron utilizando como pruebas estadísticas la "t" de Student, correlación de Pearson y chi-cuadrado.

Objetivos. Analizar las características del cáncer cutáneo de la pirámide nasal en población intervenida por el servicio de dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín durante los años 2013 y 2014.

Resultados. Se incluyeron 375 pacientes. El 52,8% fueron varones. La edad media y desviación típica fueron 72±12 años. El 88,3% de los casos fueron lesiones primarias, y el resto lesiones recidivantes previamente intervenidas. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma basocelular (94,9%). Las zonas más afectadas fueron el ala nasal (32,5%) y pared lateral (29,1%). El 23,2% de las lesiones se extirparon con márgenes afectos. La técnica más empleada en ala, pared lateral y punta nasal fue la reconstrucción con colgajo (63,2%); en dorso y puente nasal lo fue el cierre directo (35,7%).

Discusión. En nuestra población el carcinoma basocelular es con mucho el cáncer cutáneo más frecuente de la pirámide nasal, siendo ala y pared lateral las zonas más afectadas. Más del 10% de los casos corresponden a lesiones reintervenidas quirúrgicamente. Tras la extirpación, casi el 25% de los pacientes presenta afectación de los márgenes tumorales.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la extirpación del carcinoma cutáneo localizado en la pirámide nasal habitualmente requiere cierre mediante colgajo cutáneo. Un porcentaje importante de casos corresponde a lesiones no primarias. Con frecuencia existe afectación de los márgenes tumorales, siendo fundamental practicar un seguimiento activo.

PO22. CARCINOMA EPIDERMÓIDE METASTÁSICO EN PACIENTE TRANSPLANTADA

C. Silvente San Nicasio^a, N. Cano Martínez^a, D. Velázquez Tarjuelo^a, M^a.A. Martínez Izquierdo^b y P. de la Cueva Dobao^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

En los pacientes con trasplante de órgano sólido el carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) aparece con una incidencia 65 veces mayor respecto a la población general. Además, en estos pacientes presenta una mayor tasa de recidiva y de mortalidad. Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad con antecedentes personales de enfermedad crónica renal secundaria a poliquistosis, por la que fue trasplantada en 2 ocasiones. En octubre de 2015 se le extirpa una lesión tumoral de 1 cm en dorso nasal tratándose de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, que infiltra el tejido muscular; la lesión se localiza a 1 mm del borde quirúrgico profundo, y se observan imágenes de infiltración perineural. Se remite a radioterapia. En septiembre del año siguiente acude a consulta por una tumoración empastada y adherida, de superficie rojo-violácea no ulcerada, de 2 cm en mejilla derecha. Se interviene la lesión mediante cirugía de Mohs, realizándose 3 pases, llegando y extirpando periostio. Se informa como infiltración subcutánea por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, características similares a biopsias previas; con bordes libres. Se observan imágenes de infiltración perineural y permeaciones vasculares. Se trataría de una metástasis subcutánea (en tránsito) del carcinoma epidermoide extirpado en 2015. La paciente es remitida nuevamente para radioterapia. En diciembre 2016 acude a urgencias por dolor e inflamación en región submandibular y cervical derecha. En el TAC se confirma la presencia de adenopatías de tamaño patológico retromandibular y submandibular derecha, laterocervical derecha en territorio parotídeo y en región supraclavicular derecha. Se realiza vaciamiento cervical funcional bilateral, detectándose infiltración tumoral metastásica en el lado derecho. En el TAC realizado en marzo de 2017 se pone de ma-

nifiesto la presencia de metástasis pulmonares bilaterales con afectación metastásica pleural derecha secundaria y adenopatía infrahiliar izquierda. Se inicia tratamiento quimioterápico. Actualmente la enfermedad se encuentra en progresión.

PO23. UNA DERMATITIS ARTEFACTA QUE ACABÓ EN HEMATOLOGÍA.

M. Morales Conde, T. Toledo Pastrana, J.J. Ríos Martín, J. Raya Maldonado y A. Bota Llorca

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

Introducción. Generalmente aquellos cuadros cutáneos que presentan una morfología regular o lineal, que se localizan en zonas accesibles para el paciente y que no pueden ser explicados por un proceso dermatológico espontáneo, son diagnosticados de dermatitis artefacta. Sin embargo, siempre hay que excluir cualquier otra entidad que pueda presentarse de forma atípica. Presentamos un caso con sospecha inicial de dermatitis artefacta que resultó ser una neoplasia muy infrecuente.

Caso clínico. Mujer de 58 años que consultó por varias lesiones pruriginosas en cuero cabelludo de 5 meses de evolución tórpida. Ella misma asociaba el desarrollo de estas lesiones al rascado crónico, hasta provocarse úlceras, por un cuadro de ansiedad mantenida. Previamente había sido valorada por otros médicos no dermatólogos que no habían dado importancia a la lesión visto el mecanismo explicado por la paciente y su estado emocional. A nuestra valoración apreciamos una lesión exulcerada localizada en región parietal izquierda de 8 x 4 cm, acompañada de otras menores de 1 cm en región occipital y de un componente edematoso no ulcerado que se extendía hacia la región frontal izquierda de 6 cm. Pese a la sospecha inicial, la histología de la lesión orientaba a una proliferación neoplásica no filiada. Estudios de inmunohistoquímica y una nueva biopsia aclararon el diagnóstico: sarcoma histiocítico. **Discusión.** El sarcoma histiocítico es una neoplasia hematológica maligna infrecuente de estirpe histiocitaria. La afectación cutánea puede ser exclusiva en los casos localizados o puede constituir una manifestación de los casos que son sistémicos. El comportamiento es agresivo cuando la afectación es multifocal, con una alta tasa de mortalidad a pesar del tratamiento con quimioterapia.

PO24 LINFADENOMA CUTÁNEO

G. Ochando Ibernón, J.L. Agudo Mena, M.L. Martínez Martínez, J.M. Azaña Defez y E. Escario Travesedo

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

Introducción. El linfadenoma cutáneo es una neoplasia epitelial poco frecuente que histológicamente presenta células epiteliales formando nidos con importante infiltrado linfocítico. Afecta principalmente a la piel de cabeza y cuello. El curso clínico es benigno y el tratamiento quirúrgico es curativo.

Caso clínico. Mujer de 53 años, alérgica a antiinflamatorios no esteroideos, sin otros antecedentes de interés, remitida a consulta para valoración de una lesión preauricular izquierda de crecimiento lento de 4 meses de evolución. A la exploración se observa en la zona descrita una pápula de 3 mm eritematoparduzca, de borde bien definido y no infiltrada. El análisis histopatológico de la lesión reveló un área de fibrosis en dermis con múltiples nidos sólidos e irregulares de células epiteliales, en parte basaloideas, con amplio citoplasma claro, zonas de empalizada periférica y abundantes linfocitos permeando los islotes epiteliales. Tras los hallazgos anatómopatológicos nuestra paciente fue diagnosticada de linfadenoma cutáneo. Durante el seguimiento la paciente no ha presentado signos de recidiva local ni aparición de nuevas lesiones cutáneas.

Discusión. El linfadenoma cutáneo fue descrito en 1987 por Santa Cruz et al., bajo el nombre de tumor cutáneo linfoepitelial. El examen histológico muestra lóbulos irregulares de células epiteliales que en ocasiones presentan empalizada periférica de células basaloideas. Infiltrando estos nidos hay abundantes linfocitos B y T, con predominio de células T. Actualmente se considera una variante del tricoblastoma adamantioide, incluido en la última clasificación de tumores de la OMS. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma basocelular, el siringoma de células claras y el carcinoma cutáneo tipo linfoepitelioma. El tratamiento definitivo es quirúrgico. La cirugía de Mohs ha sido utilizada con buenos resultados ya que en ocasiones los márgenes clínicos se encuentran mal delimitados. Presentamos un nuevo caso de esta entidad poco frecuente, incluida en el grupo de neoplasias de origen folicular.

PO25. ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO COMO FACTOR PRONÓSTICO PARA PACIENTES CON MELANOMA CUTÁNEO LOCALIZADO CON UNA SUPERVIVENCIA DE MÁS DE 5 AÑOS

B. Bancalari-Simon^a, S. Ferrer^b, A. Tejera-Vaquerizo^c, C. Requena^a y E. Nagore^{a,b}

^aServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. ^bFacultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia. ^cServicio de Dermatología. Instituto Dermatológico GlobalDerm. Palma del Río. Córdoba. España.

Introducción. La mayoría de guías de tratamiento de melanoma recomiendan seguimiento con imágenes hasta los 5 años después del diagnóstico, sin embargo, entre un 7 y un 13% de los pacientes con melanoma en estadios localizados fallecen entre los 5 y 10 años. El objetivo de este estudio es identificar los factores pronósticos de recaída y muerte por melanoma en aquellos pacientes que han sobrevivido al menos 5 años libre de enfermedad.

Material y método. Diseñamos un estudio longitudinal retrospectivo de cohorte incluyendo pacientes con melanoma cutáneo estadio I/II, libres de enfermedad por al menos 5 años. Los factores pronósticos para supervivencia libre de enfermedad y supervivencia específica por melanoma fueron evaluados por el método Kaplan-Meier y el modelo de regresión de Cox.

Resultados. Una serie de 746 pacientes con melanoma cutáneo estadio I/II, libres de enfermedad por al menos 5 años, fueron seleccionados. Después de una mediana de seguimiento de 64 meses (124 meses desde el diagnóstico de melanoma), 51 (6,8%) pacientes presentaron recaída y 18 (2,4%) murieron por melanoma. La edad al diagnóstico, el espesor tumoral, y un índice de crecimiento intermedio (0,5-1,0 mm/mes) aumentaron de forma significativa el riesgo de recaída. La edad, ulceración y el índice de crecimiento intermedio aumentaron de manera significativa el riesgo de muerte por melanoma. Con respecto al tipo de primera recaída, el 48% de los pacientes presentaron recaída hematológica.

Conclusión. En este estudio hemos identificado características de melanoma que nos permitiría establecer los grupos de alto riesgo de recaída o muerte por melanoma, lo que puede ser muy útil para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

PO26. METÁSTASIS CUTÁNEA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE LAS NEOPLASIAS UROLÓGICAS

M. Dorado Fernández^a, M^a.E. Giménez Cortés^b, E. Cutillas Marco^b, S. Swirc^b y Z. Ezsol Lendvai^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

Introducción. La incidencia de metástasis cutáneas (MC) de las neoplasias urológicas es de aproximadamente un 1%, siendo el carcinoma de células renales (CCR) el más frecuentemente implicado en las mismas, seguido del carcinoma de vejiga.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que fue remitido al servicio de Dermatología por una tumoración sangrante en región frontal izquierda, que había sido parcialmente extirpada por otro servicio mediante rebanado y electrocoagulación, con resultado histopatológico de carcinoma de células claras pobremente diferenciado, planteando el diagnóstico diferencial entre un carcinoma epidermoide de células claras primario cutáneo o una metástasis. La lesión recidivó rápidamente, siendo clínicamente más compatible con MC, por lo que se realizó una extirpación completa de la lesión, y un TAC craneo-toraco-abdomino-pélvico, que desveló una masa renal de 9x9x8 cm, heterogénea, sin signos de diseminación a distancia. El paciente fue diagnosticado de CCR en estadio IV, derivándose a Urología (donde se realizó nefrectomía radical) y a Oncología, detectándose durante el seguimiento metástasis óseas que han sido tratadas con radioterapia.

Discusión. Las MC son relativamente raras en la práctica clínica. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pues los hallazgos clínicos pueden ser sutiles. Las MC pueden poner de manifiesto la presencia de un tumor maligno diseminado y su reconocimiento temprano puede llevar a un diagnóstico rápido, aunque en la mayoría de los casos son indicativas de un pronóstico infausto.

El CCR representa el 2-3% de todos los tumores y más de un 70% de los CCR están formados por células claras. Muchas masas renales permanecen asintomáticas hasta bien avanzado el curso natural de la enfermedad, por lo que más del 50% de los CCR se detectan de manera incidental al utilizar técnicas de imagen para evaluar múltiples síntomas inespecíficos. La tríada clásica de dolor en el flanco, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable se encuentra en menos del 10%. Alrededor de un 25% se diagnostican por síntomas asociados a una enfermedad metastásica, incluyendo las MC, lo que revela el papel que tenemos los dermatólogos en el diagnóstico de determinadas neoplasias internas.

PO27. LESIÓN PÁPULONODULAR EN PIERNA: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

S. Ézsöl-Lendvai^a, E. Cutillas-Marco^a, M.D. Fernández^a, E. Giménez-Cortés^a y S. Swirc^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. España.

Introducción. El carcinoma ductal ecrino (CDE) es un tumor aneural infrecuente derivado de las glándulas ecrinas. Su incidencia es de aproximadamente el 0,01% de todos los tumores cutáneos, aunque la clasificación de las neoplasias malignas anexiales es compleja y no está consensuada.

Caso clínico. Varón de 72 años con antecedentes de HTA que consulta por lesiones en las piernas de 2 años de evolución. En la exploración en un contexto de xerosis y queratosis actínicas, destaca en pierna izquierda una lesión papulonodular de 1,1 cm de color rosado homogéneo. Indicamos extirpación con diagnóstico de probable carcinoma epidermoide. El estudio histológico informa de tumor aneural con morfología e inmunofenotipo de CDE. Ampliamos los márgenes a 1,5 cm sin evidencia de restos tumorales. La ecografía abdominal y de cadenas ganglionares resultan negativas. También solicitamos mamografía que es normal. Tras 8 meses de seguimiento el paciente no presenta recidiva local.

Discusión. El CDE, aun siendo raro, constituye el tipo más frecuente de los tumores anexiales de las glándulas ecrinas. Se clasifica dentro de los de comportamiento incierto. Se desconoce su pronóstico por los escasos casos publicados. Las recidivas locales son frecuentes pero no metastatiza a distancia. En general es una lesión papulonodular eritematoviolácea que puede ulcerarse sin presentar ninguna característica morfológica distintiva. Tampoco están descritos signos específicos en la dermatoscopia. En el diagnóstico diferencial clínico se incluyen: carcinoma basocelular, carcinoma

epidermoide, linfomas cutáneos, melanoma amelanótico y metástasis cutáneas de adenocarcinoma ductal de mama o glándula salivar. Es fundamental el estudio histológico con inmunofenotipo: CEA, EMA y citoqueratinas 5/6 que son habitualmente positivas. La positividad de mamaglobina nos orienta hacia metástasis de carcinoma de mama. Aunque las pruebas de imagen para su estadificación no están estandarizadas se aconseja descartar invasión local y a distancia. Se recomienda extirpación radical hasta fascia con amplio margen de seguridad entre 1 y 2 cm. Otra opción es la cirugía de Mohs con resultados alentadores, sin recidiva local en los casos operados con esta técnica.

PO28. QUERATOSIS SEBORRÉICAS: ¿FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA? ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 1.041 PACIENTES

E. Manrique-Silva^a, R. Mas-Lucas^b, C. Requena^b, Z. García-Casado^b, V. Traves^b y E. Nagore-Enguidanos^b

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ^bInstituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Introducción. Los pacientes diagnosticados de melanoma presentarán mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Por otro lado, mutaciones relacionadas con la radiación ultravioleta han sido descritas recientemente en las queratosis seborreicas (QS).

Objetivos. Determinar si la presencia de QS podría considerarse como marcador de daño actínico crónico y factor de riesgo para desarrollar CCNM en pacientes con diagnóstico de melanoma.

Pacientes y método. Estudio observacional retrospectivo. Se incluyó una muestra de 1.041 pacientes diagnosticados de melanoma (Instituto Valenciano de Oncología).

Resultados. Doscientos tres pacientes (19,5%) presentaron carcinoma basocelular (CBC) y 46 (4,4%) carcinomas epidermoides (CEC). Tras análisis multivariado se evidenció una relación estadísticamente significativa entre CEC con una edad > 50 años, sexo masculino, cabello claro, exposición solar crónica, queratosis actínicas (QAs), presencia de > 20 QS y asociación al p.R142. El CBC se relacionó con edad > 50 años, sexo femenino, quemaduras graves, exposición solar profesional y QAs. En el análisis CART como era de esperarse, la presencia de QAs fue la variable más relacionada con CEC, siendo llamativo que en el subgrupo sin QAs, la presencia de > 20 QS fue la variable más importante. En el CBC una asociación clara a la presencia de QS no se pudo demostrar.

Discusión. Según nuestros resultados la presencia de QS se asociaría de forma significativa e independiente al desarrollo de CEC, siendo esta en el subgrupo sin QA la variable más importante tras el análisis CART. Todo esto sugeriría además una posible similitud etiopatogénica de ambas lesiones.

Conclusión. La presencia de QS expresaría un daño actínico crónico. En sujetos predispuestos y con diagnóstico previo de melanoma, podría incluso llegar a considerarse como un marcador de riesgo de desarrollar un CEC. Futuros estudios serán necesarios para corroborar dichos hallazgos

PO29. DOS CARAS DEL SARCOMA DE KAPOSI VARIANTE LINFANGIOMA-LIKE

M. Franco Muñoz^a, L. González Ruiz^a, I. Lara Simón^b, M. García Arpa^a y G. Romero Aguilera^a

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Anatomía Patología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción. El sarcoma de Kaposi (SK) tipo linfangioma-like (SKLL), es una variante histológica infrecuente, que puede aparecer en cualquiera de los 4 subtipos clínicos del SK.

Caso 1. Mujer de 74 años, VIH negativo. Consultó por una lesión en tobillo izquierdo, tipo placa eritematoviolácea, de aspecto pseudoampolloso. La biopsia demostró en dermis una proliferación de espacios vasculares, revestidos por un endotelio plano, sin atipia, con ausencia de eritrocitos en su interior e inmunohistoquímica positiva para CD31, D240 y VHH-8 (virus herpes humano 8), compatible con un SKLL. Ante la ausencia de diseminación y sintomatología severa, se decidió mantener actitud expectante. Actualmente lleva dos años de seguimiento sin signos de progresión.

Caso 2. Mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, VIH negativo. Presentaba lesiones tipo nódulos violáceos y úlceras en pie derecho. El estudio histológico fue compatible con SKLL. Las lesiones cutáneas se extendieron rápidamente, además presentó diseminación visceral, sin respuesta a diferentes esquemas de quimioterapia sistémica. Falleció del SK a los 7 meses desde el diagnóstico inicial. **Discusión.** El SK es una enfermedad sistémica de afectación predominantemente cutánea, constituida por proliferación vascular con hallazgos de diferenciación linfática y sanguínea, cuya etiopatogenia está asociada a la infección por VHH-8. El SKLL es una variante histológica rara (< 5%) y puede presentarse en las 4 variantes clínico/epidemiológicas del SK. La forma de presentación más frecuente del SKLL son lesiones tipo ampollas/pseudoampollas (aunque no son específicas de esta variante). Histológicamente presenta canales vasculares ectáticos entre haces de colágeno, con endotelio plano de aspecto benigno, sin atipia, ni mitosis. Expresa marcadores endoteliales y linfáticos, así como VHH-8. Las células fusiformes suelen ser muy escasas. Existen solo 28 casos de SKLL en la literatura, la mayoría presenta un curso indolente, aunque están descritos algunos con evolución agresiva. En nuestro centro, de 58 casos de SK (diagnosticados entre el 2010 al 2017), solo 2 casos han sido tipo SKLL, uno de ellos con comportamiento muy agresivo. Creemos importante tener en cuenta esta forma infrecuente de SK y ante su diagnóstico plantear un seguimiento estrecho, ya que aún hay pocos datos disponibles para determinar su real comportamiento biológico.

PO30. EVOLUCIÓN DE DOS PACIENTES CON MELANOSIS ATÍPICA DEL PIE

M.L. Martínez Martínez^a, J.M. Azaña Defez^a, M^a.E. Gómez Sánchez^b, J.L. Agudo Mena^a, G. Ochando Ibernón^a, M^a.T. López Villaescusa^c y J.A. Sánchez Gaviño^c

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bHospital General de Villarrobledo. ^cHospital General de Almansa. Albacete. España.

Introducción. La melanosis atípica del pie o hiperplasia melanocítica atípica acral es una lesión pigmentada de origen melanocítico poco frecuente, con características clínicas y dermatoscópicas atípicas pero con alteraciones histopatológicas que no cumplen los criterios diagnósticos de melanoma lentiginoso acral in situ.

Caso clínico. Presentamos dos pacientes diagnosticados de melanosis atípica del pie con lesiones pigmentadas acrales de años de evolución, datos clínicos (discromía, contornos irregulares, pobre delimitación) y dermatoscópicos (patrón paralelo de la cresta) sugestivos de melanoma, pero sin evidencia histológica de malignidad en repetidas biopsias (proliferación de melanocitos sin atipia). Tras años de seguimiento, tanto clínico como anatomopatológico, los dos pacientes fueron diagnosticados de melanoma lentiginoso acral in situ.

Discusión. La melanosis atípica del pie es una entidad infrecuente con escasos artículos recogidos en la literatura. Existen casos publicados con evolución a un melanoma lentiginoso acral, lo que refuerza la teoría de que se trate de un estadio inicial de este. Los datos clínicos y dermatoscópicos serían de mayor utilidad en el diagnóstico de esta entidad. La especificidad en el diagnóstico de melanoma lentiginoso sería del 99% para el patrón paralelo de la cresta y del 96% para el patrón de pigmentación irregular. En nuestra opinión ante lesiones pigmentadas acrales con atipia clínica y

dermatoscópica, pese a estudio histológico inespecífico, se debería realizar exéresis completa de la lesión en los casos que fuera posible o en su contra seguimiento clínico con dermatoscopia y biopsias de repetición ante cambios en la evolución.

Conclusión. Los casos presentados apoyan la teoría de una progresión temporal entre la melanosis atípica del pie y el melanoma lentiginoso acral.

PO31. CIEN AÑOS DE SOLEDAD

B. Espadafor López^a, C. Cuenca Barrales^a, E. Camacho Garrido^b, L. Angulo^b y A. Soto Díaz^b

Servicio de Dermatología. ^aComplejo Hospitalario de Granada. Granada. ^bComplejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

El carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC) constituyen aproximadamente entre el 70-80% y el 20% respectivamente de todos los cánceres cutáneos no melanoma (CCNM). Su tratamiento temprano es curativo e incluye la cirugía convencional, cirugía de Mohs, radioterapia, crioterapia, curetaje y electrocoagulación. Hay otras terapias como imiquimod o terapia fotodinámica que se dirigen a formas superficiales. La radioterapia es efectiva como primer tratamiento en CBC y CEC, con tasas de curación, a los 5 años, en torno al 90%. También lo es en carcinomas de piel que han recurrido a una primera cirugía. Así, cuando otras modalidades terapéuticas fallan o no pueden usarse, la radioterapia ha sido durante décadas una opción terapéutica para el CCNM. La radioterapia paliativa, en cambio, está dirigida más que a un objetivo curativo, a mejorar la calidad de vida de los pacientes con un estado avanzado de la enfermedad. En concreto, se puede usar para mejorar o aliviar los síntomas asociados al cáncer tales como sangrado, ulceración, o dolor que conducen a infecciones o a disfunción. Se recomienda especialmente en pacientes con mal estado general con tumores irsecables o cuyo riesgo quirúrgico no permita intervenciones mayores. De hecho, si el estado general es malo, se pueden acondicionar regímenes de corta duración. Presentamos el caso de un varón de 96 años, institucionalizado con deterioro cognitivo que fue traído a la consulta de dermatología por el olor que desprendían varias lesiones faciales. Junto al tratamiento antiséptico y antibiótico, dado el estado basal del paciente, la radioterapia paliativa fue una herramienta fundamental para el control local de los síntomas de la enfermedad.

PO32. SARCOMA DE KAPOSÍ TRATADO CON ELECTROQUIMIOTERAPIA

I. Torres Navarro, B. de Unamuno Bustos, J. Piqueras García, M.Á. Navarro- Mira y R. Botella Estrada

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

Introducción. El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular maligna de bajo grado con cuatro subtipos clínicos conocidos: clásico, yatrogénico, asociado al sida y endémico, todos ellos causados por el HHV-8 (también llamado virus del herpes asociado al SK). La electroquimioterapia (EQT) es una modalidad de tratamiento de lesiones cutáneas y subcutáneas que consiste en la administración de fármacos quimioterápicos y la posterior aplicación de impulsos eléctricos locales, para conseguir un efecto conocido como electroporación, que permite la entrada al citosol de medicamentos que no difunden a través de la membrana celular.

Caso clínico. Varón de 62 años que presentaba múltiples lesiones en forma de máculas violáceas, placas y nódulos tumorales localizadas en pabellones auriculares, dorso nasal y planta de los pies de 6 años de evolución. Las serologías de VIH, VHC y VHB fueron negativas. Había recibido tratamiento con doxorrubicina y extirpaciones quirúrgicas de las lesiones con reaparición posterior de nuevas le-

siones. Dada la localización de las lesiones y su disposición se realizó tratamiento con una sesión de EQT con bleomicina intravenosa, produciéndose excelente respuesta al tratamiento con resolución completa de las lesiones y sin efectos secundarios destacables.

Discusión. En muchas ocasiones el SK es una neoplasia de difícil curación completa debido a su alta frecuencia de recidivas. Las opciones terapéuticas clásicas incluyen entre otras, la observación y seguimiento estrecho, crioterapia, cirugía, radioterapia, gel de alitretinoína y el tratamiento con agentes antineoplásicos, destacando la doxorubicina liposomal pegilada. En la EQT los agentes antineoplásicos se administran a dosis inferiores a las habituales en ciclos de quimioterapia. Debido a su alta tasa de respuesta, su menor morbilidad y su menor coste, la EQT se está posicionando como opción terapéutica en el tratamiento de múltiples lesiones tumorales tales como metástasis de melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y SK.

PO33. COSTO-EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO INTENSIVO PARA PACIENTES CON MELANOMA EN ESTADIOS IIB, IIC Y III DE LA AJCC

S. Podlipnik^a, D. Moreno-Ramírez^a, C. Riquelme-Mc Loughlin^a, R. Pigem^a, S. Puig^{a,b,c}

^aDepartamento de Dermatología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. ^bInstitut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). ^cCIBER de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III. Barcelona. España.

Introducción. Las pautas de seguimiento para pacientes con melanoma de alto riesgo incluyen estudios de imágenes, biomarcadores séricos y visitas regulares, prestando poca atención a la relación costo-efectividad (C/E).

Objetivo. Establecer la relación C/E de la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC-body) y de la resonancia magnética (RNM) cerebral en un protocolo de seguimiento intensivo.

Método. Estudio de cohorte prospectivo unicéntrico en pacientes con melanoma en estadios IIB, IIC y III. Se realizó una TAC-body y una RNM cerebral cada 6 meses durante 5 años. El seguimiento se detuvo al detectar una recaída o después de completar el protocolo de seguimiento. Se realizó un análisis de C/E para cada estrategia de seguimiento.

Resultado. Un total de 290 pacientes, con 268.032,5 años-paciente de seguimiento, se sometieron a 1.805 TAC y 1.683 RNM cerebrales. La TAC-body en pacientes en estadio IIB-III fue una estrategia de seguimiento rentable desde el primer hasta el cuarto año de seguimiento, con una relación C/E entre 4.710,70 € a 14.437,10 € por paciente con metástasis. El análisis estratificado por estadios de la AJCC mostró que la TAC es una estrategia rentable desde el primer al tercer año en el estadio IIB, y del primer al cuarto año en los estadios IIC y III. La RNM cerebral fue rentable en el primer y segundo año de seguimiento en el estadio IIC y en el primer año en el estadio III. La RNM cerebral no fue costo eficaz en el estadio IIB.

Conclusión. La TAC es una técnica costo-efectiva en los primeros cuatro años de seguimiento en pacientes con melanoma en estadio IIC y III de la AJCC y durante los primeros tres años en pacientes en estadio IIB. La RNM cerebral es rentable durante el primer año de seguimiento en pacientes con estadio IIC y III.

PO34. CARCINOMA BASOCELULAR VULVAR: SERIE DE CASOS

L. Barchino Ortiz, I. Molina López, A. Pulido Pérez, J.A. Avilés Izquierdo y R. Suárez Fernández

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

Introducción. El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente en el ser humano y representa el 75% de los casos de

cáncer de piel no melanomas. Sin embargo es muy rara su aparición en la región vulvar donde su frecuencia solo alcanza entre el 2-4% de los tumores vulvares.

Casos clínicos. Se describen una serie de casos de mujeres con lesiones cutáneas vulvares de larga evolución correspondientes con carcinomas basocelulares. Se analizan sus principales características clínicas y epidemiológicas.

Discusión. Los tumores malignos de la vulva representan menos del 1% de los tumores que afectan a la mujer. El 90% de los casos corresponden a carcinoma epidermoide mientras que el carcinoma basocelular, cuyo factor patogénico más importante es la exposición solar, es muy infrecuente en zonas no fotoexpuestas como la vulva donde representa menos del 1% de los CBC y entre el 2-4% de los carcinomas vulvares. Los CBC vulvares suelen ser tumores de crecimiento lento. Los síntomas son inespecíficos y la sintomatología más frecuente es el prurito de larga evolución aunque a veces las pacientes acuden por notar un nódulo indurado, edema, sangrado o dolor. La localización predominante de presentación son los labios mayores. Clínicamente son muy variables. Pueden aparecer como una lesión nodular eritematosa con brillo perlado, como una lesión superficial eritematosa, como una lesión erosionada o ulcerada o incluso como una lesión pigmentada. Suele tratarse de un diagnóstico tardío. El tratamiento es quirúrgico. Se recomienda extirpación de la lesión con márgenes. Existen recurrencias en el 10-20% de los casos.

PO35. PERSIGUIENDO EL DIAGNÓSTICO: MICOSIS FUNGOIDE FOLICULOTROPA

A. Varela Veiga, O. Figueroa Silva, L. Rosende Maceiras y F. Campo Cerecedo

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España.

Introducción. La micosis fungoide folicular (MFF) es una forma agresiva de micosis fungoide (MF) en la que los linfocitos atípicos infiltran los folículos (foliculotropismo) condicionando una clínica característica con lesiones foliculares, quistes y comedones. Puede ser de difícil diagnóstico, sobre todo en etapas tempranas, requiriendo alto índice de sospecha.

Caso clínico. Mujer de 55 años con antecedentes de linfoma no Hodgkin en remisión completa que debutó con lesiones pruriginosas en glúteos, caderas y muslos, consistentes en comedones y pápulas eritematosas foliculares agrupadas, además de lesiones quísticas y una placa atrófica poiquilodérmica. Durante 7 años, se realizaron biopsias repetidas hasta alcanzar finalmente el diagnóstico de MFF.

Discusión. El espectro morfológico de la MFF es amplio y diferente a la MF clásica. Generalmente, las lesiones se localizan en cabeza y cuello, asociando alopecia cicatricial. Hasta un 86% de los casos asocian prurito intenso y solo un 14% tienen lesiones limitadas a tronco, como en nuestro caso. Asimismo, no es un hallazgo infrecuente la presencia de afectación linfática o coexistencia con tumores hematológicos, como en la paciente que presentamos. Para su diagnóstico, es fundamental la histología, que muestra infiltrados foliculotropos de linfocitos atípicos (predominio de CD4), con presencia variable de mucinosis folicular y epidermotropismo. Presenta pobre respuesta a los tratamientos debido a la profundidad del infiltrado y, a su vez, el curso de la enfermedad es agresivo, siendo la supervivencia en estadios tempranos del 82% y 42% a los 10 y 15 años, respectivamente.

PO36. CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO CON MÁRGENES POSITIVOS TRAS LA EXTIRPACIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS EN UNA SERIE DE 123 CASOS

A. Viñolas Cuadros, D. Moyano Bueno, A. Conde Ferreirós, C. Román Curto y J. Cañuelo Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción y objetivo. El carcinoma espinocelular (CEC) es el segundo tumor cutáneo más frecuente. La cirugía es el tratamiento de elección en casos primarios localizados, presentando tasas de márgenes positivos tras la extirpación de entre el 5,8 y el 17,6 % según las series. La mayoría de los estudios no evalúan su evolución posterior. Nos proponemos determinar la tasa de CEC con márgenes positivos y la evolución clínica de los mismos.

Paciente y método. Se tomaron los 123 casos (66 varones y 57 mujeres con edad media de 84,5 años [DE 10,3]) que presentaron márgenes positivos tras la extirpación de una serie de CEC diagnosticados entre 2008 y 2017. Se recogieron datos clínico-patológicos y se analizó el desarrollo de eventos de mal pronóstico atribuibles al tumor (recidiva local, metástasis ganglionares y de muerte por CEC).

Resultados. La tasa encontrada fue del 6,6%. La localización más frecuente era la mejilla (n = 20). El tamaño horizontal y espesor tumorales medios fueron de 17,34 mm (DE 9,39) y 6,29 mm (DE 4,01) respectivamente. 37 tumores eran pobremente diferenciados y 32 tenían patrón de crecimiento infiltrativo. 35 casos exhibían infiltración perineural y en 6 existió infiltración linfovascular. 41 tumores desarrollaron algún evento desfavorable (32 recidivas locales, 13 metástasis ganglionares y 1 muerte por el CEC). Los tumores pobremente diferenciados tuvieron más eventos globales (p = 0,003), igual que los tumores con IPN (p = 0,0001) e ILV. La IPN fue factor de riesgo independiente de recidiva local (OR = 0,067) y la radioterapia asoció un menor riesgo de recurrencia (p = 0,001).

Conclusiones. Los CEC con márgenes positivos exhiben factores de mal pronóstico en una proporción más alta que los publicados en otras series sin esta característica. La IPN es un factor de riesgo independiente de recurrencia en este grupo y la RT se asocia significativamente a un riesgo menor de eventos desfavorables.

PO37. VULVA Y VPH: TODO EL ESPECTRO EN UNA SÓLA PACIENTE

M^a.I. Úbeda Clemente^a, A. López Gómez^a, T.A. Hernández Gómez^a, E. García Martínez^a y A.J. Martínez Torrano^b

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

Introducción. El virus del papiloma humano (VPH) provoca lesiones precursoras del 20% de los casos de cáncer de vulva, a través de la secuencia de neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). Los serotipos más oncogénicos (16, 18 y 31) se asocian a VIN 2 y 3 (lesiones de alto grado o HSIL) y los de bajo potencial oncogénico (6 y 11) con VIN 1 o condilomas acuminados (lesiones de bajo grado o LSIL). El 80% de carcinomas vulvares no están asociados a VPH sino a otras lesiones como el liquen escleroatrófico.

Caso clínico. Mujer de 57 años con antecedentes de carcinoma de cérvix relacionado con VPH hace 23 años que consulta por molestias en zona genital de 6 meses de evolución. En la exploración física encontramos tres zonas diferenciadas, tomándose biopsias de cada zona: en labio mayor derecho una placa ulcerada, infiltrada y dolorosa, de aspecto carnoso, con diagnóstico anatomopatológico (DHP) de carcinoma espinocelular microinvasor; en labio mayor izquierdo varias máculas pigmentadas compatibles clínicamente con papulosis bowenoide con DHP de HSIL vulvar; en zona perianal estructuras papilomas compatibles con condilomas acuminados con DHP de HSIL vulvar tipo condilomatoso. En las tres piezas había coilocitosis y binucleación, signos de infección por VPH. Se realizó estudio de extensión que fue negativo y se le practicó una vulvectomía inferior.

Discusión. La forma de presentación más frecuente es el prurito y el disconfort, aunque hasta el 40% de casos pueden cursar de forma asintomática. Con mucha frecuencia las lesiones escamosas intraepiteliales vulvares son multifocales o multicéntricas, con neoplasias sincrónicas o metacrónicas en otras zonas del aparato genital. Se

estima la coexistencia de VIN y cáncer invasor en el momento del diagnóstico en el 10-20% de casos. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque se puede optar por tratamiento tópico si no hay enfermedad invasiva.

PO38. CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE NEVUS EPIDÉRMICO DE APARICIÓN EN EL EMBARAZO

A. López Gómez^a, V. Martínez de la Torre^b, J. Hernández Gil Sánchez^c, A.R. Rodríguez de Valentiner^a y C. Teruel Cerezuela^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ^cServicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El nevus epidérmico es una lesión benigna sobre la que raramente se desarrollan tumores cutáneos malignos, como el carcinoma basocelular, cuya incidencia está aumentando en mujeres jóvenes, aunque pocos casos han sido publicados de aparición en el embarazo.

Caso clínico. Mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, que presenta una lesión congénita a nivel mandibular derecho, asintomática, que había sufrido cambios durante su primer embarazo. Presentaba una placa formada por pápulas marrones verrugosas confluentes linealmente, compatible con un nevus epidérmico lineal, sobre el cual había aparecido un nódulo cupuliforme azulado brillante, compatible con un carcinoma basocelular. El estudio histológico de la lesión completa confirmó la sospecha clínica.

Discusión. El concepto “nevus epidérmico” es un término generalizado que engloba varios tipos de proliferaciones hamartomatosas del epitelio, presentes desde el nacimiento o desde la primera infancia. Las lesiones con predominio epidérmico se llaman nevus epidérmicos queratinocíticos, no organoides, lineales o verrugosos lineales, y son las formas más comunes. Aunque es una lesión benigna, han sido publicados algunos casos sobre los que han aparecido carcinomas basocelulares o espinocelulares, en pacientes de edad avanzada. El carcinoma basocelular, por otra parte, es el cáncer más frecuente en el ser humano, y su incidencia está aumentando en mujeres menores de 40 años, si bien muy pocos casos han sido publicados con desarrollo durante el embarazo, etapa en la que el diagnóstico de cáncer es raro, y en la que los más frecuentes son el cáncer de mama, el de cérvix, el melanoma y los linfomas. Nuestro caso es el primero publicado en la literatura en el que un carcinoma basocelular ha aparecido sobre un nevus epidérmico lineal durante el embarazo. No existe consenso sobre si ambas lesiones tienen un origen celular común o simplemente se trata de una colisión de tumores.

PO39. NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN PTCH1 EN UNA FAMILIA CON CARCINOMAS BASOCELULARES MÚLTIPLES

C. García Donoso, M. Prieto Barrios, C. Postigo Llorente, P.L. Ortiz Romero y B. García Bracamonte

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto I+12, Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

El síndrome de Gorlin, o síndrome del basocelular nevoide (SBCN) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causada por mutaciones en el gen PTCH1 que se caracteriza por la aparición de carcinomas basocelulares (CBCs) múltiples, así como otras alteraciones cutáneas, óseas, oftalmológicas y neurológicas asociadas. Presentamos una mujer de 77 años, con antecedentes de carcinoma de mama, en seguimiento en nuestras consultas de Dermatología por aparición de múltiples CBCs a partir de los 63 años. Asocia además hoyuelos palmares y un leve aumento del perímetro cefálico, sin otras alteraciones. La paciente ha presentado más de 20 CBCs con diferentes patrones histológicos, tratados mediante cirugía y terapia

fotodinámica. En su familia existen antecedentes de CBCs múltiples: en su madre, uno de sus dos hermanos y una de sus tres hijas. Ante la sospecha de SBCN, se analizó la secuencia completa del gen PTCH1 identificándose un cambio c.*1+1G>A en uno de sus alelos. Esta mutación no ha sido descrita previamente. Además se completó el estudio mediante una búsqueda de grandes reordenamientos que fue negativa. Se calcula que PTCH1, situado en el locus 9q22.3, está mutado en el 40-80% de los pacientes con SBCN. Mutaciones en este gen también se han asociado a tumores de mama esporádicos. Este codifica la glucoproteína PTCH1 de 12 dominios transmembrana, que actúa inhibiendo la activación de la vía del Hedgehog que se considera necesaria y suficiente para la aparición de CBCs. En el caso de nuestra paciente, a día de hoy, no se puede predecir qué efecto podría tener sobre la función de la proteína, por lo que se ha clasificado como una variante de significado desconocido. A falta de más estudios, la mutación c.*1+1G>A podría conferir susceptibilidad familiar para la aparición de CBCs y cáncer de mama.

PO40. LEUCEMIA/LINFOMA T DEL ADULTO HTLV-1+ CON EXPRESIÓN CUTÁNEA, UNA RARA ENTIDAD EN NUESTRO MEDIO

J.L. Sanz Cabanillas^a, R. Salido Vallejo^a, A. Martínez López^b, J.L. HernándezRomero^a y A. Vélez García-Nieto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción. La leucemia/linfoma T del adulto (LLTA) se clasifica como una neoplasia de células T CD4+ periféricas que está causada por el virus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1). Se estima que hasta 20 millones de personas están infectadas en todo el mundo, especialmente en Japón, África y América del Sur, sin embargo es una entidad muy poco frecuente en nuestro medio.

Caso clínico. Varón de 49 años natural de Mauritania que ingresa por episodio diarreico, fiebre, malestar general, dolor abdominal y vómitos. Acompañando al cuadro, refiere la aparición progresiva de pápulas de consistencia firme diseminadas en tronco, miembros y cara. El estudio histopatológico mostraba un infiltrado de células linfocíticas CD4+ de pequeño-mediano tamaño con atipia nuclear. La PCR mostró positividad del virus HTLV-1 confirmándose la sospecha de leucemia/linfoma T del adulto HTLV-1+ con expresión cutánea. Posteriormente se inicia tratamiento según esquema HiperCVAD segunda fase de forma coadyuvante con zidovudina e interferón. Debido a la progresión de la enfermedad el paciente presenta hipercalcemia grave, sepsis y fallo multiorgánico, falleciendo a los 5 meses desde el inicio del cuadro.

Discusión. La LLTA puede producir manifestaciones cutáneas hasta en dos tercios de los pacientes. Esta afectación puede ser muy variada y se clasifica normalmente según el tipo de lesión y su extensión. En orden de frecuencia: erupción maculopapular, papular, en placas eritematosas, ictiosis-like, nodular, tumoral y eritrodérmica, aunque se han descrito otros tipos de lesiones que aparecen menos frecuentemente. Se ha encontrado una correlación entre el pronóstico y el tipo de lesiones clínicas. Así, los pacientes con lesiones papulosas o nodulares presentan un peor pronóstico que aquellos que presentan placas eritematosas. Aunque se trata de una entidad muy poco frecuente en nuestro medio, debemos sospecharla en aquellos pacientes con clínica compatible y que provengan de zonas endémicas.

PO41. CARCINOMAS CUTÁNEOS ECRINOS. DOS CASOS DE UNA RARA ENTIDAD

C. Matas Nadal^a, R. Aguayo Ortiz^a, J.M. Fernández Armenteros^a, C.P. Cortés Pinto^a y F. Vilardell Vilellas^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción. Los carcinomas ecrinos cutáneos son un grupo heterogéneo de neoplasias con múltiples subtipos histológicos que corresponden solo al 0,01% del global de tumores cutáneos.

Casos clínicos. Presentamos dos casos de carcinomas ecrinos; el de un varón de 23 años con un nódulo subcutáneo doloroso en pie izquierdo, de meses de evolución, correspondiente a un carcinoma ecrino sirinomatoso (CES) y el de una mujer embarazada de 34 años con un nódulo subcutáneo axilar derecho de 5 años de evolución, diagnosticado de carcinoma ductal ecrino escamoso (CDEE), ambos con estudio de extensión negativo y libres de enfermedad actualmente.

Discusión. El CES y el CDEE son dos subtipos muy infrecuentes de carcinoma cutáneo ecrino que se presentan típicamente como nódulos o placas con o sin ulceración, de lento crecimiento. Se suelen diagnosticar en pacientes de edad avanzada y típicamente en zonas fotoexpuestas como la región de la cabeza y cuello, aunque se han descrito casos en tronco o extremidades. Son de comportamiento agresivo con un alto índice de recidivas locales (del 25% aproximadamente) e incluso probabilidad de metástasis linfáticas (13%) y a distancia (4%). No existe ninguna guía de tratamiento debido a su baja frecuencia. El CES y el CDEE se diferencian por sus características histopatológicas: En el CES encontramos estructuras en "renacuajo", con diferenciación glandular y desmoplasia; mientras que en el CDEE hay un patrón bifásico con diferenciación escamosa en superficie y diferenciación hacia conductos sudoríparos en profundidad. Por este motivo es frecuente la confusión diagnóstica entre el CDEE y el carcinoma escamoso cutáneo, donde la inmunohistoquímica es de ayuda diagnóstica (positiva para antígeno carcinoembrionario y CD15 en los tumores glandulares). Destacar que en nuestros casos se trataba de pacientes jóvenes con carcinomas de localización extracéfálica, a diferencia de la mayoría de casos de la literatura.

PO42. MICOSIS FUNGOIDE CD30+ EN TRATAMIENTO CON BRENTUXIMAB

Á. Barranquero-Fernández, N. López, P. López, R. Bosch y E. Herrera-Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

El manejo de la micosis fungoide (MF) en estadio avanzado supone actualmente un reto terapéutico. En los últimos años se están diseñando tratamientos dirigidos a dianas moleculares con resultados prometedores. Presentamos el caso de un varón de 56 años con MF desde el año 2004, con buen control inicial al tratamiento con PUVA y corticoides tópicos. En febrero de 2013 comienza la aparición de placas infiltradas a nivel facial y corporal, motivo por el que se inicia tratamiento con bexaroteno oral con escasa respuesta. Se asocia PUVA sin lograrse control. Posteriormente se desarrollan lesiones tumorales a nivel facial que demuestran en biopsia cutánea transformación a célula grande y expresión de CD30. Se inicia tratamiento con CHOP y RT local con respuesta parcial y no mantenida. De la misma forma se aprecian respuestas parciales a gencitabina y doxorubicina liposomal. Ante la falta de respuesta y el desarrollo de nuevas lesiones tumorales se inicia tratamiento con brentuximab (anticuerpo monoclonal anti-cd30) tras lo que se obtiene respuesta completa y mantenida después de 12 meses de seguimiento. Hemos presentado un caso de MF con transformación a célula grande CD30 positiva con excelente respuesta al tratamiento con brentuximab.

PO43. LESIONES ANULARES EN UN PACIENTE CON LINFOMA AVANZADO

A. Mayor-Ibarguren^a, A. Rodríguez-Bandera^a, E. Martínez^b, M. Beato-Merino^b y P. Herranz-Pinto^a

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

Los eritemas figurados de carácter migratorio suponen una rareza y reto diagnóstico en el campo de la dermatología, y en ocasiones, alertan de una enfermedad neoplásica subyacente. El eritema anular centrífugo (EAC) en ocasiones se asocia a trastornos linfoproliferativos. El linfoma periférico T no especificado (NOS), representa un grupo infrecuente de neoplasias linfoides, difíciles de caracterizar, en las cuales la afectación cutánea es frecuente. A pesar de esto, su caracterización clínica esta poco documentada. Presentamos un único caso de progresión cutánea de un linfoma periférico T NOS simulando un EAC.

Caso clínico. Varón de 86 años que acude a nuestras consultas por presentar una erupción pruriginosa no evanescente en tronco de escasos días de evolución. Como antecedentes personales, destaca el diagnóstico hace un año de linfoma no Hodgkin de células T-no especificado (NOS), actualmente en estadio avanzado IV-A y en tratamiento paliativo con ciclofosfamida y prednisona. Refiere la toma de metamizol puntual como analgesia posquirúrgica de un EBC clavicular extirpado hace una semana. La exploración física revelaba la presencia de pápulas eritematosas confluentes en placas anulares, distribuida de manera morbiliforme por el tronco. Bajo el juicio preliminar de toxicodermia, se toma una biopsia cutánea y se realizan pruebas analíticas, y se aumenta la dosis de prednisona. Durante su evolución, el paciente presenta extensión de las lesiones, de manera centrífuga, por el tronco, extremidades superiores e inferiores, así como región facial; observándose placas eritematosas, algunas con descamación en raíl, de morfología anular y policíclica, muy sugestivas de un eritema anular centrífugo (EAC). Las pruebas analíticas muestran un aumento en su linfocitosis atípica, sin otros hallazgos de interés. Las pruebas de autoinmunidad son negativas. Un TAC-body de control de su enfermedad revela el aumento de adenopatías. La biopsia cutánea refleja una infiltración cutánea por un linfoma no Hodgkin T, con un inmunofenotipo compatible con su linfoma de base. El reordenamiento clonal fue idéntico al del ganglio.

Discusión. El linfoma T periférico NOS representa un linfoma infrecuente en nuestro medio (< 15% de los linfomas no Hodgkin) de alta agresividad. La afectación cutánea dentro de este subgrupo de linfomas es frecuente. De manera primariamente cutánea o concurrente, se presentan como nódulos o placas infiltradas, en ocasiones ulceradas. No hemos encontrado ningún caso en el que se describan placas anulares migratorias que recuerden a un EAC. No obstante, de manera infrecuente, se han reportado casos de micosis fungoide y otros linfomas con progresión cutánea, simulando un EAC. Recientemente se ha descrito el término PEACE para englobar los casos de EAC asociados a neoplasias con un carácter paraneoplásico. El 62,5 % se asocian a trastornos linfoproliferativos. No obstante, en el estudio histopatológico de estos casos no se observa un infiltrado por el linfoma.

PO44. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

C. García-Harana^a, I. Fernández-Canedo^a, J.B. Repiso-Jiménez^a, N. Blázquez-Sánchez^a, S. Rodríguez-Lobalzo^b y M. de Troya-Martín^a

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

Introducción. El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una tumoración de origen neuroendocrino muy poco frecuente y de crecimiento rápido y agresivo, originando con frecuencia recidivas localregionales y metástasis a distancia. Dentro de las pruebas de imagen utilizadas para su estadificación y planificación quirúrgica figuran el TC o la RNM, si bien son escasas las referencias en la literatura donde se recojan las características ecográficas de este carcinoma así como su utilidad en el manejo de esta neoplasia.

Casos clínicos. Presentamos una serie de 5 casos de carcinoma de células de Merkel a los que se realizó una ecografía cutánea pre-

operatoria (Esaote Mylab 25 Gold, sonda lineal de 18 MHz). Aunque no encontramos un patrón ecográfico distintivo todos ellos se presentaron como lesiones hipoecoicas bien delimitadas, localizadas en la zona dermohipodérmica, y en su mayoría con importante vascularización intralesional.

Discusión. La ecografía cutánea resulta útil para conocer la localización del tumor, su extensión, vascularización y la relación con estructuras adyacentes, facilitando el abordaje quirúrgico. Además nos permite precisar de forma objetiva el tamaño del tumor así como el grado de infiltración de estructuras profundas, lo cual posibilita una mejor estadificación de estos tumores (T) y una primera aproximación sobre el pronóstico de los mismos.

PO45. ANGIOSARCOMA PRIMARIO CUTÁNEO: UN LARGO SUPERVIVIENTE

M^a.I. Fernández Canedo^a, R.M^a. Villatoro Roldán^b, J.B. Repiso Jiménez^a, R. Fúnez Liébana^c y M. de Troya Martín^a

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

Introducción. El angiosarcoma primario cutáneo es una neoplasia de comportamiento agresivo, con una alta tasa de recidiva local y con una supervivencia a los 5 años del 12-34%. La forma clásica suele asentar en cara o cuero cabelludo de varones ancianos. Su carácter multifocal y su mala delimitación suelen dificultar la cirugía, que hoy en día es el único tratamiento potencialmente curativo.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 74 años con antecedentes de DMNID, HTA y EPOC que desarrolló un angiosarcoma primario cutáneo en cuero cabelludo.

Discusión. Describimos los distintos tratamientos empleados y revisamos la literatura existente sobre las alternativas terapéuticas de esta entidad.

PO46. NEOPLASIA FUSOCELULAR PAROTÍDEA: ¿TUMOR MALIGNO DE LA VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA O MELANOMA?

E. Silva Díaz^a, V. Smith Ferrer^a, J.M^a. Martín^a, L. Terradez Mas^b y M.D. Ramón Quiles^a

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

Introducción. El 25% de las neoplasias que afectan a la glándula parótida son malignas, entre estas un porcentaje muy bajo es de origen metastásico. El melanoma y los tumores malignos de vaina nerviosa periférica (TMVNP) también pueden aparecer en dicha localización.

Caso clínico. Mujer de 67 años sin antecedentes de interés, que consultó por aparición de un nódulo subcutáneo en región preauricular derecha de 2 meses de evolución. En la TC se observó una tumoración en la glándula parótida derecha, con signos de malignidad, por lo que se procedió a la exéresis, previa realización de PAFF. El estudio histológico evidenció una neoplasia conformada por células fusocelulares que se agrupaban formando haces y nidos. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina, proteína S100 y MelanA, siendo negativa para HBM45, AML, citoqueratinas y marcadores de estirpe neural. El estudio ultraestructural demostró la presencia de melanosomas y la biología molecular detectó una mutación del gen BRAF, diagnosticándose a la paciente de melanoma. No se evidenció tumor primario y el estudio de extensión fue negativo.

Discusión. El melanoma de parótida es una entidad infrecuente, se presupone un origen metastásico, pero en muy pocas ocasiones se ha encontrado un tumor primario, sin embargo está descrita la regresión espontánea de melanomas primarios en estos pacientes. Los

TMVNP son neoplasias raras que afectan con más frecuencia a pacientes con neurofibromatosis tipo 1. Desde el punto de vista histológico es difícil diferenciar un melanoma de un TMVNP. La inmunohistoquímica puede ser de ayuda, aunque a veces no es concluyente. La presencia de melanosomas en el análisis ultraestructural y la detección de mutaciones en el gen BRAF mediante técnicas de biología molecular son importantes para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento.

CIRUGÍA

PC1. TÉCNICA DE HUGHES PARA LA REPARACIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR DE PÁRPADO INFERIOR

P. Aguayo Carreras^a, I. Temblador Barba^b, I. García del Moral^b, R. Ruiz Villaverde^a y C. Gálvez Prieto-Moreno^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Campus de la Salud. ^bServicio de Oftalmología. Hospital Virgen de las Nieves y Hospital Universitario Campus de la Salud. Granada. España.

La cirugía oncológica del párpado y de la región orbitaria supone un reto en cirugía dermatológica, ya que el abordaje de esta región puede generar importantes secuelas funcionales como el ectropión, la epifora, exposición corneal, queratitis, conjuntivitis o lagofthalmos, entre otros. El objetivo fundamental de esta cirugía consiste, como siempre en la cirugía oncológica, en la exéresis completa de la lesión tumoral, realizando cirugía escisional convencional o cirugía controlada al microscopio. Posteriormente, en la reconstrucción, se debe intentar preservar lo máximo posible el funcionamiento palpebral y, finalmente, lograr el mejor resultado estético posible. La reconstrucción del párpado inferior sigue siendo un reto, especialmente para la reparación de defectos que abarcan más de la mitad del párpado inferior, en los que es conveniente asociar cantolisis a colgajos de avance-rotación. Para conseguir restaurar la estructura anatómica, garantizar un buen resultado estético y lograr la mejor funcionalidad posible, se debe elegir la técnica reconstructiva en función del tamaño y el grosor del defecto. Además, la reconstrucción del párpado requiere la reconstitución de la capa mucosa interna junto con la de capa musculocutánea externa. El colgajo de Hughes consiste en la reconstrucción de la lamela posterior (plano tarsoconjuntival) del defecto del párpado inferior con un colgajo pediculado vascularizado tarsoconjuntival obtenido del párpado superior ipsilateral y reconstrucción de la lamela anterior (plano musculocutáneo) por un injerto de piel o colgajo de avance lateral. Presentamos el caso de un paciente de 87 años con carcinoma basocelular superficial de párpado inferior izquierdo de 0,6 x 1,2 cm de diámetro que fue intervenida con extirpación del tumor con 0,5 cm de margen de seguridad y reparación del defecto primario mediante colgajo de Hughes. El estudio histológico confirmó el diagnóstico clínico, así como que los márgenes laterales y profundo de resección quirúrgica se encontraban libres de neoplasia. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por nuestra unidad.

PC2. INJERTO DE DERMIS AUTÓLOGA EN PUNTA NASAL

O. Guergué Díaz de Cerio^a y M. Llop Adrián^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Basurto. ^bServicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Cruces. Bilbao. Vizcaya. España.

Introducción. Proponemos una alternativa estética a los colgajos locales e injertos de espesor total para cubrir defectos faciales en pacientes jóvenes.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 36 meses de edad que acudió al servicio de urgencias médicas por mordedura de perro en punta nasal. A la exploración física presentaba un defecto cutáneo de 1 cm que abarcaba la totalidad de la punta nasal, con exposición de los cartílagos alares. En vista de la corta edad del paciente, la localización facial de la lesión y el pequeño tamaño de la nariz, se decidió cubrir el defecto mediante un injerto dérmico autólogo. Bajo anestesia general y con la ayuda de un dermatomo, se tomó un injerto de dermis de la cara anterior del tercio proximal del muslo. Para ello, levantamos la epidermis mediante un corte fino. Posteriormente extrajimos un fino injerto de la dermis subyacente. A continuación, suturamos la epidermis levantada sobre la zona donante mediante una sutura de monofilamento. Finalmente, colocamos el injerto dérmico sobre el defecto nasal sin previo mallado. El paciente fue dado de alta horas después con antibioterapia oral y curas con apósitos vaselinados y povidona yodada. Un mes después de la cirugía el injerto había reepitelizado completamente y se apreciaba un contorno alar natural. A pesar de que la zona donante mostraba una cicatriz hipertrófica antiestética, el resultado final de la nariz a los 10 meses era aceptable.

Conclusión. A pesar de la escasa evidencia científica disponible, el injerto de dermis puede ser una buena opción para la cobertura de heridas, sobre todo para aquellas de pequeño a mediano tamaño en áreas expuestas. La correcta selección del paciente es fundamental.

PC3. CARCINOMA ESPINOCELULAR NASAL. REPARACIÓN DEL DEFECTO CON DURAMADRE LIOFILIZADA Y CARTÍLAGO NASAL

P. López Jiménez, E. Herrera Acosta, Á. Barranquero Fernández, R. Bosch García y E. Herrera Ceballos

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

Introducción. El principal objetivo de la cirugía oncológica dermatológica es la extirpación completa de la tumoración, con márgenes suficientes para evitar la recidiva. Una vez conseguido este objetivo, el siguiente paso es reparar el defecto resultante de la mejor forma para obtener el mejor resultado estético y funcional. En la pirámide nasal, en muchas ocasiones, la tumoración afecta a los huesos propios nasales y al cartilago nasal motivando defectos que requieren un soporte previo a la cobertura cutánea.

Caso clínico. Mujer de 86 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar y prótesis de cadera. Consulta por tumoración de 4 cm de diámetro en zona nasal lateral izquierda. La lesión está mal definida y se palpa empastamiento de la zona. El TAC muestra erosión de huesos propios. Se realiza extirpación de la lesión mediante la técnica de cirugía de Mohs diferida incluyendo parte de los huesos propios y del tabique nasal. La reparación del defecto resultante se realiza con duramadre bovina liofilizada y cartilago obtenido del resto de tabique nasal y cubriéndose con doble colgajo de avance pangeniano y de rotación de la glabella. A los 6 meses de la intervención se aprecia un resultado estético y funcional aceptable sin signos de persistencia.

PC4. COLGAJO TIPO "PUZZLE" EN DEFECTOS DE PUNTA-DORSO NASAL

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

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

Introducción. La punta nasal es un asiento frecuente de tumores cutáneos. Su reconstrucción puede suponer en muchas ocasiones un reto a la hora de alcanzar un óptimo resultado oncológico, funcio-

nal y estético. El colgajo tipo puzzle puede ser una buena opción en la reconstrucción de estos casos.

Casos clínicos. Presentamos dos pacientes afectados de carcinomas basocelulares en punta-dorso nasal. Las lesiones fueron extirpadas en ambos casos con bordes libres y los defectos resultantes fueron reconstruidos mediante un colgajo de avance tipo "puzzle". El resultado funcional y estético en el postoperatorio inmediato, a la semana y a los 3 meses ha sido bueno, sin haber presentado complicaciones en ninguno de los dos casos.

Discusión. La reconstrucción de defectos de punta-dorso nasal mediante colgajos locales es muy amplia y diversa. Un reciente estudio español describe el colgajo bilobulado, el de avance horizontal tipo "este-oeste" y el de rotación pannasal como los colgajos de elección de los dermatólogos de referencia en cirugía dermatológica para los defectos de punta nasal. Sin embargo, la variabilidad de los defectos, en la morfología de la pirámide nasal y la creatividad del propio cirujano hacen que se hayan descrito múltiples colgajos para reconstrucción de defectos de la zona referida. El colgajo tipo "puzzle" es un colgajo de avance, descrito en 2005 y utilizado principalmente para reconstrucción de defectos en ala nasal y defectos en piel retroauricular. Goldberg lo denomina así porque recuerda a las piezas de un puzzle al encajarlas con su patrón "cabeza y hombro". Presentamos dos casos de reconstrucción de defectos de punta-dorso nasal mediante colgajo de avance tipo "puzzle" y lo proponemos como un colgajo válido, seguro y con buen resultado funcional y estético para esta localización.

PC5. CARCINOMA BASOCELULAR EN PÁRPADO INFERIOR. CIRUGÍA Y REPARACIÓN CON TARSO Y COLGAJO DEL PÁRPADO SUPERIOR

Á. Barranquero-Fernández, E. Herrera-Acosta, P. López, R. Bosch y E. Herrera-Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción. El 80% de los carcinomas basocelulares se originan en cabeza y cuello. De ellos, hasta un 20% pueden llegar a tener afectación periocular, constituyendo el 90% de los tumores malignos a nivel palpebral. En esta localización hay una alta tasa de recurrencia, especialmente en tumores con mayor tiempo de evolución y probablemente por extirpaciones previas, a menudo insuficientes. Para obtener los mejores resultados son fundamentales el diagnóstico y tratamiento precoces, pero sobre todo respetar los márgenes de seguridad, aunque se trate de una zona delicada.

Caso clínico. Varón de 76 años, con antecedentes de múltiples carcinomas basocelulares en región facial (dorso nasal, mejilla, pabellón auricular). Acude con nueva lesión tumoral de 0,5x1,5 cm que provoca la destrucción de más de 2/3 del borde libre del párpado inferior izquierdo. Bajo anestesia general se realiza extirpación de la lesión mediante cirugía de Mohs diferida que implicó la extirpación de la práctica totalidad de la zona superior del párpado inferior. La reconstrucción se realiza con injerto de tarso obtenido del párpado superior y colgajo por trasposición del mismo párpado superior. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, consiguiéndose buen resultado funcional que permite la protección correcta del globo ocular al poder conseguir cerrar completamente los párpados.

PC6. COLGAJOS DE TRANSPOSICIÓN TUNELIZADOS EN CIRUGÍA DEL PABELLÓN AURICULAR

M.M. Otero Rivas, R. Rodríguez Lojo, T. Usero Bárcena y M.L. Fernández Díaz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. España.

Los colgajos de transposición son colgajos pivotaes de vascularización aleatoria ampliamente empleados por su versatilidad en re-

construcciones de defectos cutáneos en cabeza y cuello. Están vascularizados en la mayoría de los casos mediante pequeñas arterias colaterales y, siempre que se respete la regla de no exceder la longitud en tres veces la anchura de la base del colgajo, esto es suficiente para evitar la necrosis. Una ventaja clave de los colgajos de transposición es la oportunidad de emplear tejido redundante de otra zona anatómica. Al realizar estos colgajos tunelizados se evita un segundo tiempo quirúrgico. Presentamos cuatro casos de defectos oncológicos en pabellón auricular resueltos mediante colgajos de transposición preauriculares tunelizados con buenos resultados estéticos y funcionales.

PC7. UTILIDAD DE LOS COLGAJOS DE ROTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN EL TRONCO

O. Suárez-Magdalena, B. Fernández-Jorge, A. Varela-Veiga, S. Peña-López y C. de las Heras

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

Introducción. La reconstrucción ideal de un gran defecto en el tronco debería permitir preservar la funcionalidad, proporcionar una adecuada cobertura y minimizar la morbilidad.

Caso clínico 1. Mujer de 54 años, que consultó por la presencia de una lesión escapular izquierda que había percibido hacía dos semanas. Presentaba una placa eritematopardusca de 2x3 centímetros de diámetro, infiltrada y dolorosa al tacto. La biopsia de la lesión fue compatible con dermatofibrosarcoma protuberans, procediéndose a la exéresis en bloque de la misma hasta fascia muscular con un margen quirúrgico lateral de 2 centímetros. Tras la confirmación anatomopatológica de márgenes libres de tumor, se reconstruyó el defecto mediante una plastia O-Z. En el postoperatorio no se produjeron complicaciones y el resultado estético y funcional fue satisfactorio.

Caso clínico 2. Varón de 84 años, que consultó ante la recidiva de una lesión en la espalda intervenida hacía 9 años con resultado anatomopatológico de carcinoma espinocelular. Presentaba una placa tumoral infiltrada de 6 centímetros de diámetro situada en región dorsal derecha. Se realizó la exéresis en bloque de la lesión hasta fascia muscular, reconstruyendo el defecto mediante una plastia de avance-rotación. Igual que en el caso anterior, el postoperatorio transcurrió sin incidencias y se obtuvo un buen resultado estético y funcional.

Discusión. En defectos medianos y grandes del tronco, los colgajos de rotación son una gran alternativa ya que evitan la extirpación de tejido adicional sano y reducen la tensión. Es importante realizar el despegamiento de estas plastias en el plano de la fascia muscular ya que se mejora la viabilidad del tejido desplazado al incluir una mayor red microvascular. El plano subcutáneo es insuficiente en estos casos con un alto riesgo de necrosis. Además, los colgajos de rotación permiten alcanzar un resultado funcional y estético superior al de los injertos en dicha localización.

PC8. RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA EN ESPALDA CON COLGAJOS COMBINADOS E INJERTO LAMINAR

N. Cano Martínez, C. Silvente San Nicasio, J.L. Galán Sánchez, E. Conde Montero y P. de la Cueva Dobao

Hospital General Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor fibrohistiocítico de malignidad intermedia que tiene la capacidad de infiltrar en el tejido celular subcutáneo de forma extensa, esto complica la extirpación quirúrgica completa, y es por ello por lo que se recurre al "show Mohs" para su tratamiento quirúrgico.

Caso clínico. Se presenta un paciente de 24 años que es remitido a la consulta de dermatología por lesión asintomática en la zona su-

terior de la espalda, sobre la cicatriz de una cirugía previa hace doce años. La paciente refiere que hace doce años fue intervenida de una tumoración mesenquimal en la misma zona. Se procede a la realización de una biopsia profunda y el diagnóstico histopatológico confirma el diagnóstico de DFSP en la zona superior de la espalda. Se somete a la paciente a una cirugía de "show Mohs" y en un primer pase los márgenes laterales y profundos de más de la mitad de la lesión están afectados, se interviene nuevamente a la paciente con la misma técnica quirúrgica, pero en este caso con la ayuda de traumatología pues abarcábamos planos exclusivamente musculares. Tras este segundo pase la zona del lecho quirúrgico estuvo libre de tumor. Se procedió, en un tercer tiempo quirúrgico, a la reconstrucción compleja con un doble Limberg combinado con Integra®, que al retirarse el mismo fue sustituido por un injerto laminar. En el momento actual la paciente presenta un resultado estético aceptable y con movilidad completa.

Conclusiones. El DFSP es un tumor que plantea complicaciones técnicas a la hora del tratamiento, así como en la reconstrucción, esto se debe a que en la mayoría de ocasiones se corresponden con defectos de gran tamaño que afectan otros planos, no solo el tejido celular subcutáneo.

PC9. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS MÁS FRECUENTES DEL CANTO INTERNO DEL OJO

A. Ruedas Martínez, I. Molina López, P. Tiago Vilas Boas da Silva, C. Ciudad Blanco y R.M^a. Suárez Fernández

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

Introducción. El canto interno es una estructura compleja, que contiene la carúncula y los canalículos superior e inferior. Constituye una concavidad que debe mantenerse simétrica respecto a la contralateral para evitar disimetrías en la región centrofacial. El tumor que con mayor frecuencia aparece en esta localización es el carcinoma basocelular. A continuación, presentamos algunas de las opciones reconstructivas más utilizadas para esta región anatómica.

Casos clínicos. Si no es posible una aproximación directa de los bordes, la mayor parte de las veces la reconstrucción del canto interno se realiza a expensas de la piel glabellar (colgajo glabellar, de transposición y/o rotación). Otras opciones reconstructivas son el colgajo de avance de párpado inferior, colgajo de avance malar o el colgajo bilobulado.

Discusión. Aparte del cierre directo y el cierre por segunda intención (a menudo infravalorado pero que ofrece excelentes resultados en esta localización), la opción reconstructiva más utilizada en el canto medial del ojo es el colgajo glabellar. La piel de la glabella es más gruesa que la piel cantal y puede ocasionar un abultamiento o convexidad del colgajo (efecto trampilla), por lo que para su realización deberían tenerse en cuenta varias consideraciones. En primer lugar, es aconsejable no forzar el cierre completo de los defectos, pudiendo dejar cicatrizar por segunda intención los defectos residuales tras haber aproximado bordes. En segundo lugar, se puede adelgazar el colgajo y dar un punto de fijación desde el tejido desplazado al ligamento cantal u otra estructura rígida subyacente. En pacientes ceji-juntos debe evitarse la implantación de pelos en el área cantal. Otras posibles complicaciones de la cirugía a este nivel son la epifora, cierto grado de ectropión o el lagofthalmos.

PC10. USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA QUERATODERMIA ACUAGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Garayar Cantero, C. Delgado Mucientes, M. Canseco Martín, A. Robledo Sánchez y P. Manchado López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción. La queratodermia acuagénica es una dermatosis infrecuente clasificada dentro de las queratodermias adquiridas. Se define por la aparición de múltiples pápulas blanquecinas o translúcidas en las palmas de las manos al poco tiempo de estar en contacto con el agua. Las manifestaciones clínicas son características y constituyen la clave del proceso diagnóstico.

Caso clínico. Se trata de un caso esporádico en una mujer de 16 años con antecedentes personales de hiperhidrosis palmar, que practicaba natación de competición. Refería la aparición de lesiones molestas en las palmas de las manos a escasos minutos de mojarlas. Realizamos una prueba de provocación sumergiéndole las manos en agua, observando a los 2 minutos la aparición de múltiples pápulas blanquecinas con orificio central confluentes en placas de aspecto macerado. En primer lugar, la paciente fue tratada con toallitas de cloruro de aluminio hexahidratado en excipiente alcohólico al 20% y cremas de urea al 20%. Ante la no mejoría, se decidió tratamiento con infiltración de toxina botulínica.

Discusión. En la literatura se han descrito múltiples tratamientos para la queratodermia acuagénica: cloruro de aluminio hexahidratado al 20%, cremas de urea al 20%, acitretino, iontoforesis y toxina botulínica. Presentamos el caso de una paciente, nadadora de competición, tratada mediante infiltración de toxina botulínica con mejoría inmediata tanto de la clínica como de las molestias asociadas.

PC11. FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL SUBMATRICIAL UNGUEAL. ESTUDIO ECOGRÁFICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN CASO

M.L. Alonso Pacheco^a, A. I. Rodríguez Bandera^a, R. M^a. Ceballos Rodríguez^a, M. Beato Merino^b y M. Mayor Arenal^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Introducción. El fibromixoma acral superficial (FAS) es un tumor benigno de partes blandas, descrito en 2001. Asienta en la unidad ungueal en un 57 % de los casos. Su localización submatricial es poco frecuente y cursa con pseudohipocratismo digital, macrolúnula triangular o paquioniquia-onicogriposis.

Caso clínico. Varón de 51 años con cáncer de vejiga en estudio, que consultó por deformidad ungueal convexa en tercer dedo de la mano izquierda de un año y medio de evolución. La exploración puso de manifiesto macrolúnula triangular y pseudohipocratismo en el dedo afecto. El estudio radiológico no detectó erosión ósea, y el ecográfico puso de manifiesto un tumor hipoecoico submatricial, así como ensanchamiento del lecho ungueal. Se procedió, tras avulsión de la mitad radial de la lámina, a la enucleación del tumor, que asentaba en lecho ungueal y alcanzaba la zona submatricial. Se recolocó y suturó la hemilámina avulsionada como apósito. El estudio histológico visualizó un tumor dérmico circunscrito, no encapsulado, de células fusiformes en un estroma fibromixoiide; con expresión de CD34, compatible con FAS.

Discusión. La exéresis quirúrgica con obtención de bordes libres es el tratamiento de elección del FAS, aunque no hay casos descritos de transformación maligna. Se han referido pacientes tratados con amputación de la falange distal, que estaría justificada en presencia de erosión ósea subungueal; y un caso tratado con cirugía de Mohs. La enucleación simple es otra opción terapéutica controvertida, a considerar sobre todo en tumores de localización submatricial para evitar secuelas cosméticas ungueales. Sus tasas de recidiva se han cifrado en hasta un 24% de los casos, algunos rescatados con una reintervención. También se han referido recidivas tras extirpación quirúrgica con bordes libres. En nuestro caso el paciente optó por la "no reintervención", y el seguimiento ecográfico no ha detectado recidiva a los 10 meses de la intervención.

PC12. ANESTESIA EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA: EVALUACIÓN DE TRES TÉCNICAS

A. Bueno Rodríguez^a, A. Martínez López^a, P. Aguayo Carreras^b, S. Arias Santiago^a y J. Tercedor Sánchez^a

^aHospital Universitario Virgen de las Nieves. ^bHospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción. El dolor del paciente que se somete a una intervención quirúrgica es un hecho al que nos enfrentamos a diario. El buen uso de las técnicas de anestesia es uno de los retos para mejorar la calidad de nuestra asistencia.

Objetivos. Comparar efectividad y dolor de las 3 técnicas anestésicas más utilizadas (anestesia local, tumescente, bloqueo nervioso) durante la cirugía y tras 24 horas.

Material y método. Se incluyeron pacientes intervenidos desde agosto hasta octubre de 2017. El dermatólogo escogió la técnica anestésica. Se recogieron datos demográficos, tipo de intervención, localización, tamaño de la lesión, volumen y anestésico utilizado y dolor mediante la escala visual analógica (EVA) (0: no dolor, 10: máximo dolor) basal, durante la infiltración y procedimiento y tras 24 horas. Se realizó un análisis descriptivo global. Para valorar la EVA según la técnica anestésica se realizó una comparación de medias múltiples empleando el test no paramétrico de Kruskal-Wallis tras no objetivarse homogeneidad de varianzas.

Resultados. Se recogieron 56 pacientes. La edad media fue 61,32 años y el 58,9% fueron varones. El 55,4% de las intervenciones se realizaron en cabeza y cuello y la técnica más empleada fue la local. La comparación de medias múltiples reflejó diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,006$) en el EVA a las 24 h de la intervención, debido a un menor dolor postoperatorio en los pacientes que recibieron anestesia tumescente. No se observaron diferencias significativas en la EVA durante la infiltración ni entre tamaño de la lesión y localización, entre los distintos grupos.

Discusión. Escoger la técnica anestésica más apropiada es fundamental para el control del dolor intra- y postoperatorio.

Conclusión. La técnica más utilizada fue la anestesia local. El dolor a las 24 horas fue menor en los pacientes en los que se utilizó la anestesia tumescente

PC13. COLGAJO DE LIMBERG EN CIERRE DE DEFECTOS QUIRÚRGICOS DE REGIÓN INFERIOR DE CONCHA AURICULAR UTILIZANDO PIEL DEL LÓBULO

D. López Delgado, C. Cuenca Barrales, J.J. Vega Castillo, S. Saénz Guirado y J.C. Ruiz Carrascosa

Servicio de Dermatología. Hospital Campus de la Salud. Granada. España.

Introducción. Los colgajos por transposición son opciones reconstructivas muy útiles en cirugía dermatológica, aprovechando las zonas de piel adyacentes que pudieran tener una laxitud adecuada. La combinación de la escisión romboidal de la lesión y la utilización de un colgajo por transposición de piel de espesor total para cubrir el defecto cutáneo fue descrita por Limberg en 1956. El colgajo de Limberg ha demostrado ser útil para cubrir defectos cutáneos faciales y en otras partes del cuerpo tras la resección de diferentes tipos de lesiones.

Caso clínico. Presentamos un paciente varón de 56 años que acude a nuestra consulta por lesión sobrelevada y ulcerada en zona inferior de concha auricular hasta orificio auditivo externo derecho de varios meses de evolución. Con el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular se decide intervenir al paciente bajo anestesia local con sedación. Una vez reseñado el tumor utilizamos para el cierre quirúrgico del defecto un colgajo de transposición tipo Limberg diseccionado del lóbulo auricular, dada la laxitud lobular que presentaba nuestro paciente, quedando cerrado el defecto con éxito. El resul-

tado histológico reveló carcinoma basocelular nodular y esclerodermiforme con márgenes libres.

Discusión. Proponemos el cierre quirúrgico con colgajo de Limberg en la zona inferior de concha auricular-orificio auditivo externo como alternativa, y su comparación con otras opciones reconstructivas, cuando el reservorio cutáneo ofrecido por el lóbulo sea favorable, ya que en lóbulos grandes la buena movilidad y laxitud de esta piel nos permite cerrar el defecto cutáneo. Como ventajas ofrece su facilidad de diseño, su buena viabilidad y un buen resultado estético. Como inconveniente se plantea la dificultad de suturar el colgajo en una zona tan pequeña y cóncava como esta. Otros tipos de cierre empleados en esta zona son el cierre por segunda intención, el injerto de piel y el colgajo de transposición preauricular.

PC14. RECONSTRUCCIÓN DE ANTEHÉLIX - PABELLON AURICULAR. REVISIÓN DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS A PROPÓSITO DE TRES CASOS

A. Robledo Sánchez, E. Manrique Silva, M. Garayar Cantero, M. Canseco Martín y P. Manchado López

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

Introducción. El pabellón auricular es una localización frecuente de tumores cutáneos malignos. Se han descrito numerosas opciones reconstructivas de los defectos auriculares. Su elección dependerá de la extensión y localización del defecto, así como de la flexibilidad del tejido circundante.

Caso 1. Paciente varón de 76 años con lesión en antehélix; se realizó resección seguida de reconstrucción del defecto mediante colgajo de doble avance.

Caso 2. Varón de 89 años, presentaba tumoración en zona posterior de antehélix de años de evolución. Tras extirpación con márgenes de seguridad se realiza electrocoagulación del lecho cruento seguido de cura por segunda intención. Adecuado resultado estético y funcional, sin objetivarse signos de recidiva durante el seguimiento.

Caso 3. Varón de 73 años, con diagnóstico clínico de carcinoma epidermoide localizado en antehélix oreja derecha. Tras extirpación de tumoración se realiza cierre del defecto mediante colgajo de avance-rotación. Resultados estéticos y funcionales adecuados.

Discusión y conclusiones. El pabellón auricular es un área compleja motivo por el cual con frecuencia supone un reto al momento de su reconstrucción quirúrgica. La prioridad durante la intervención será la resección completa del tumor y posteriormente un adecuado resultado estético, buscando mantener la simetría anteroposterior con respecto a la oreja contralateral. La reconstrucción mediante colgajo de avance nos permitirá un adecuado resultado cosmético y será de utilidad sobre todo en aquellos defectos de tamaño intermedio. El cierre por segunda intención o la colocación de injertos es otra opción válida en defectos situados a nivel del antehélix o en la región posterior del mismo. Realizamos una revisión de las principales opciones reconstructivas y de sus ventajas y desventajas a propósito de 3 casos.

PC15. VERSATILIDAD DEL CIERRE EN MERCEDES: DIFERENTES LOCALIZACIONES Y CORRECCIÓN DE OREJAS DE PERRO

J. Ruiz Martínez, E. García Martínez, T.A. Hernández Gómez, M^a.I. Úbeda Clemente y C. Brufau Redondo

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. El cierre en estrella de mercedes fue inicialmente descrito por Tamir et al. como una técnica sencilla y versátil basada en la aproximación de los márgenes del defecto desde tres puntos de avance. Presentamos tres casos en los que empleamos este tipo de cierre.

Caso 1. Varón de 61 años con carcinoma espinocelular de 2 cm de tamaño en vértex de cuero cabelludo. Se llevó a cabo la exéresis del tumor con triangulación del defecto e incisiones de descarga paralelas a los lados del triángulo. Mediante sutura subcutánea se aproximan los márgenes cerrando el defecto en forma de Y, quedando en la zona central una pequeña área para cierre por segunda intención.

Caso 2. Varón de 79 años con carcinoma espinocelular de 2 cm en región preauricular derecha. Se planificó un cierre en mercedes dando lugar a orejas de perro en los tres extremos. Para la corrección se diseñaron triángulos equiláteros sobre cada una de ellas haciendo uso de un nuevo cierre en mercedes en cada extremo.

Caso 3. Varón de 56 años con carcinoma basocelular de 1,2 cm en región intercililar. Tras la exéresis del tumor, las propias líneas de tensión de la región frontal y pirámide nasal crearon un defecto triangular, aprovechando esta circunstancia, para llevar a cabo un cierre mercedes. El extremo superior del cierre quedó escondido en las arrugas de la región intercililar y las dos ramas inferiores a cada lado de la pirámide nasal.

Discusión. El cierre en estrella de mercedes ha demostrado su utilidad para el cierre de grandes defectos a partir de la idea de dividir el vector de tensión en diferentes direcciones facilitando un cierre de tensión reducida sin una gran movilización subcutánea. Mostramos ejemplos de su utilidad en diferentes localizaciones, así como para la corrección de orejas de perro.

PC16. VARIABILIDAD EN EL ÁNGULO DE DISEÑO DEL COLGAJO BILOBULADO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE PUNTA Y DORSO NASAL

I. Molina López, A. Ruedas Martínez, E. Rodríguez Lomba, C. Ciudad Blanco y R. Suárez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

El colgajo bilobulado se ha utilizado frecuentemente en la reconstrucción de defectos de punta nasal con muy buenos resultados. En una revisión reciente de Russo y col., el colgajo bilobulado ha sido la técnica reconstructiva de elección para punta nasal. El diseño de este colgajo se basa en la transposición de dos lóbulos con un pedículo común para cierre de defectos circulares. Los lóbulos se diseñan siguiendo ejes radiales de una circunferencia cuyo perímetro coincide con el borde del defecto. Se genera entonces un arco de rotación cuyo ángulo puede variar entre 45° y 90° cada ángulo. La anchura de cada lóbulo debe ser ligeramente menor al defecto que tiene que cubrir. La longitud de cada lóbulo debe ser igual o superior al eje de la lesión hasta el punto central del pedículo. El ángulo de rotación va a condicionar la cantidad de tejido sobrante, el riesgo de efecto trampilla y el resultado estético final. Con ángulos muy abiertos de rotación, la tensión que se genera sobre el pedículo es mayor, con el consiguiente riesgo de necrosis, y el triángulo de descarga es de mayor tamaño. En sitios donde la elasticidad cutánea es escasa como la nariz, el uso de ángulos menores permite reducir estos riesgos, aunque en este caso el riesgo es estrechar demasiado el pedículo. Presentamos una serie de casos en los que se ha utilizado el colgajo bilobulado para cierre de defectos en punta o dorso distal nasal con un diseño de ángulos entre 105° y 135° adaptados a las características anatómicas y de la piel de cada paciente, con buenos resultados funcionales y estéticos. Según nuestra práctica, se debe intentar reducir el ángulo de rotación en el colgajo bilobulado cuando sea posible y la viabilidad del colgajo no se vea comprometida.

PC17. TRES CASOS DE COLGAJO BILOBULADO NASOGENIANO DE TRASPOSICIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN LA PARED NASAL

L. Sánchez Los Arcos, S. Blanco Barrios, A. Viñolas Cuadros, M.T. Alonso San Pablo y J.C. Santos Durán

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

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en la pared lateral y el ala nasal puede resultar compleja, fundamentalmente debido a la escasa distensibilidad de la piel de esta zona, su morfología tridimensional y que, en muchas ocasiones, precisa realizar colgajos complejos en varios tiempos quirúrgicos. El colgajo bilobulado puede simplificar la técnica reconstructiva en estos casos.

Caso clínico. Presentamos dos pacientes con un carcinoma basocelular y uno con un epidermoide de gran tamaño localizados en pared y ala nasal. Se llevó a cabo su extirpación mediante resección en bloque incluido plano mucoso. Para su reconstrucción, se diseñó un colgajo bilobulado nasogeniano de trasposición, plegando el primer lóbulo para reparar todo el espesor del defecto. Se fijó en primer lugar el vértice interno del colgajo y se adaptó mediante sutura submucosa reabsorbible toda la cubierta interna. Tras ello, se cerró el plano cutáneo acoplando los lóbulos al defecto. Finalmente, se colocó un taponamiento nasal para reducir el sangrado en el postoperatorio inmediato.

Conclusión. El colgajo bilobulado representa una excelente opción quirúrgica en defectos de espesor total de la pared nasal, permitiendo su reconstrucción en un único tiempo quirúrgico, de forma sencilla, con escasas complicaciones dado su amplio pedículo y con un buen resultado estético y funcional.

PC18. ¿ES NECESARIO EL EMPLEO DE ANTIBIÓTICO TÓPICO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA?

A. Conde Ferreirós, A. Cosano Quero, I. Tormo Alfaro, C. Román Curto y J. Cañueto Álvarez.

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. A pesar de que la mayoría de las heridas quirúrgicas (HQ) curan sin complicaciones, las infecciones del sitio quirúrgico (ISS) pueden ocurrir después de la cirugía, aumentando los costes y los recursos sanitarios. Se continúa empleando antibióticos tópicos en exceso en la cura de HQ teniendo menos presente los efectos nocivos de su empleo. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad de la vaselina neutra (VN) en comparación con mupirocina en pomada (MP) en la prevención de ISS en cirugía dermatológica.

Material y método. Se realizó un ensayo clínico prospectivo no aleatorizado. Se incluyeron 82 pacientes y se indicó cura de HQ con VN o MP de manera oclusiva, diariamente y hasta retirada de puntos. Tras la retirada de puntos, se verificó la presencia de exudado purulento, eritema y eccema entre otros ítems.

Resultados. La edad media de los 72 pacientes estudiados fue de 59,58 años (DE 20,39). Fueron evaluados 37 hombres y 35 mujeres. Se aplicó MP a 37 pacientes y VN a 35 pacientes. Se realizaron 36 punch, 30 cierres directos y 6 reconstrucciones mediante colgajo. Se registraron 13 complicaciones totales (CT) (eritema, exudado purulento (EP) y/o dehiscencia). Cuatro pacientes presentaron EP y once pacientes eritema. El EP se presentó con más frecuencia en los pacientes que fueron tratados con VN ($p = 0,045$). Ocho pacientes tratados con VN y tres tratados con MP presentaron eritema. A mayor complejidad del procedimiento quirúrgico, los pacientes tratados con VN mostraron mayores tasas de eritema, exudado purulento ($p = 0,045$) y CT ($p = 0,019$).

Conclusión. Globalmente, la cura de HQ con VN mostró mayores complicaciones que la cura con MP. En procedimientos complejos, la probabilidad de complicaciones con VN es también mayor que con MP. La VN se muestra menos efectiva en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica tras cirugía dermatológica que la MP.

PC19. RECONSTRUCCIÓN NASAL COMPLEJA

L. Salvador Rodríguez^a, A. Martínez López^a, C. Hernández Vila^b,
I. Martínez Lara^b y J. Tercedor-Sánchez^a

^aUGC Dermatología. Hospital Virgen de las Nieves. ^bUGC Maxilofacial. Hospital Campus de la Salud. Granada. España.

Introducción. La cirugía oncológica en dermatología tiene como finalidad extirpar correctamente las lesiones tumorales con el menor número de intervenciones y obteniendo el mejor resultado estético.

Caso clínico. Paciente de 82 años con carcinoma epidermoide en pirámide nasal, de 3,5 cm de eje mayor, firme y adherido a planos profundos. Intervenido mediante cirugía micrográfica de Mohs, precisando un total de 3 pases para obtener los límites laterales y profundos libres de neoplasia. Para reconstruir el gran defecto resultante, con importante afectación del ala nasal izquierda, así como el dorso nasal, se intervino conjuntamente con el servicio de Maxilofacial, siendo necesaria la elaboración de colgajo condromucoso para redefinir las estructuras del ala nasal, injerto de cartílago de concha auricular para dar soporte a dicho ala nasal y colgajo condral de tabique nasal para reforzar la pared lateral de las fosas nasales, consiguiendo así un resultado estético y funcional. Para reconstruir el defecto cutáneo, se diseñó un colgajo paramedial frontal, previa identificación de la arteria supratroclear mediante ecografía doppler y se reconstruyó en un solo acto quirúrgico tunelizando el pedículo en el dorso nasal, obteniendo finalmente un gran resultado estético y gran viabilidad.

Discusión. El defecto cutáneo se restauró mediante un colgajo paramedial frontal con la variante del pedículo tunelizado, de cara a evitar la necesidad de reintervención. El resultado fue óptimo y el paciente está libre de neoplasia tras 6 meses de seguimiento.

PC20. ANULADO**PC21. DOBLE COLGAJO EN HACHA PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN REGIÓN FRONTAL**

F. Toledo-Alberola^a, J.P. Devesa-Ivorra^a, J.V. García^a,
A. Jaén-Larrieu^a y J.C. Pascual-Ramírez^b

^aHospital General Universitario de Elche. Elche. ^bHospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos en el área frontal suele ser difícil y supone un reto quirúrgico para el dermatólogo. El empleo del doble colgajo en hacha aporta múltiples ventajas en la cobertura de los mismos debido a sus considerables dimensiones, así como su buen resultado estético y funcional.

Material y método. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de una serie de tumores cutáneos de gran tamaño localizados en región frontal mediante colgajo en doble hacha.

Resultados. Se realizaron tres reconstrucciones de tumores localizados en región frontal, en los que tras su exéresis oncológica se realizó la reconstrucción inmediata mediante doble colgajo en hacha.

Discusión. El doble colgajo en hacha, descrito por Emmet en 1977, es un colgajo local de rotación triangular, con mayor o menor componente de avance y con una descarga en la base. Este tipo de colgajo es de gran utilidad en la reconstrucción de extremidades, y en el caso de lesiones en región craneofacial en aquellos de localización frontal y temporal.

Conclusiones. El doble colgajo en hacha es un colgajo de fácil diseño, rápida ejecución, baja morbilidad y buen resultado cosmético, que no modifica la posición anatómica de las cejas, por lo que deben considerarse como una alternativa ideal para la reconstrucción de grandes defectos en dicha localización.

PC22. COLGAJO DE AVANCE LATERAL EN “ESCALERA” PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS EN EL LABIO INFERIOR

F. Toledo-Alberola^a, J.P. Devesa-Ivorra^a, J.V. García^a,
A. Jaén-Larrieu^a y J.C. Pascual-Ramírez^b

^aHospital General Universitario de Elche. Elche. ^bHospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos en el área labial supone un reto para el dermatólogo por su importancia estética y funcional. Existen numerosas técnicas reconstructivas del labio inferior, una de ellas es el colgajo de avance labial lateral en “escalera”.

Material y método. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de una serie de tumores cutáneos de gran tamaño localizados en el labio inferior, mediante colgajo de avance lateral en “escalera”.

Resultados. Se realizaron cuatro reconstrucciones de tumores localizados en labio inferior, en los que tras su exéresis oncológica se realizó la reconstrucción inmediata mediante colgajo de avance lateral en “escalera” uni- o bilateral.

Discusión. El colgajo de avance lateral en “escalera”, fue descrito por Johanson en 1974 para la corrección de pérdidas de sustancia de todo el espesor del labio, superiores a la mitad de la longitud del labio inferior. Este tipo de colgajo, que puede ser uni- o bilateral, es de especial interés para la reconstrucción de tumores mediales, pero que en el caso de tumores laterales se puede diseñar con una sección asimétrica de los peldaños. Esta técnica presenta como inconveniente un retroceso labial inferior más o menos marcado, no objetivado en nuestros casos.

Conclusiones. El colgajo de avance lateral en “escalera” es un colgajo de fácil diseño, rápida ejecución, baja morbilidad, con buen resultado cosmético y sobre todo funcional, que debe considerarse como una alternativa ideal para la reconstrucción de grandes defectos en el labio inferior.

PC23. COLGAJO BILOBULADO EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

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

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Caso clínico. Mujer de 53 años que acude al servicio de dermatología por lesión en el hombro izquierdo de 3 años de evolución, asintomática y de crecimiento progresivo. A la exploración física se palpa nódulo difuso mal delimitado, observándose en superficie eritema e hiperpigmentación. La biopsia confirmó el diagnóstico de dermatofibrosarcoma protuberans. Se realizó extirpación de la tumoración con margen de 1 cm y hasta fascia muscular en profundidad y se envió muestra para estudio mediante slow Mohs. Tras confirmarse la extirpación completa de la tumoración se procedió al cierre del defecto quirúrgico. Debido al gran tamaño y a la localización del defecto quirúrgico se decidió realizar un colgajo bilobulado. El estudio de extensión fue negativo, la paciente se encuentra asintomática y sin afectación de la movilidad en la zona tratada.

PC24. BIOBRANE® COMO TRATAMIENTO DE PIODERMA GANGRENOSO

P. Fernández González^a, D. Buendía Castaño^a, A. González García^b,
S. Vaño Galván^a y M. Fernández Guarino^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

El pioderma gangrenoso (PG) es un tipo de úlcera de aparición aguda y dolorosa que en ocasiones es resistente al tratamiento convencional.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 57 años con infarto agudo de miocardio que requirió revascularización quirúrgica mediante quintuple injerto coronario. Una semana después de la intervención aparecieron lesiones ulceradas, progresivas y muy dolorosas en la zona de la esternotomía y en las zonas donantes del injerto. La biopsia de una de las lesiones confirmó el diagnóstico de PG por lo que se inició corticoterapia parenteral y curas locales. El estudio hematológico y digestivo de patología asociada a PG fue negativo. Ante la falta de respuesta a las medidas terapéuticas instauradas el paciente fue tratado con ciclosporina, corticoides intralesionales, ustekinumab e infliximab sin respuesta aparente. Se decidió administrar inmunoglobulinas, tacrolimus y mofetil de micofenolato consiguiendo frenar la actividad del PG. Finalmente, la cura específica con el sustituto de piel biosintética Biobrane® permitió la mejoría de las lesiones con el cierre completo de una de ellas. Biobrane® es un sustituto de piel biosintético formado por una matriz de nilón y de colágeno porcino. Es ampliamente conocido y utilizado en el tratamiento de las quemaduras graves. A nivel quirúrgico, se ha usado en la cobertura de cierres temporales, reconstrucciones diferidas o en la curación por segunda intención tras cirugía de Mohs. En el PG existe poca experiencia, pero puede ser una opción útil en los casos resistentes a otros tratamientos. La forma de aplicación y manejo de este tipo de apósito es relativamente simple ya que en la mayoría de los casos se puede colocar directamente sobre el defecto.

Conclusión. Este dispositivo parece ser una alternativa terapéutica eficaz en aquellos defectos quirúrgicos o inflamatorios que no curen adecuadamente con la terapia habitual.

PC25. COLGAJO "READING MAN" PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE GRAN TAMAÑO EN TRONCO

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro, M. Azcona Rodríguez, S. Oscoz Jaime, B. Bonaut Irirarte y M^a.E. Iglesias Zamora

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

El colgajo "reading man" fue descrito por Mutaf et al en 2008 como un nuevo recurso para la cobertura de defectos circulares. Es una técnica fundamentada sobre el desarrollo de una Z-plastia asimétrica. Se denomina así por la morfología que adquiere la plastia que recuerda a la imagen de un hombre leyendo. Presentamos varios casos clínicos de aplicación de esta plastia para cobertura de grandes defectos a nivel de tronco. En estos casos se diseñó un colgajo "reading man" con cobertura completa del defecto, sin complicaciones intraoperatorias y obteniendo buenos resultados. "Reading man" consiste en una doble plastia de transposición y es muy importante en su diseño tener en cuenta tanto la longitud de los lados como los ángulos adecuados. Esta plastia se ha utilizado para cierre de defectos circulares en múltiples localizaciones y diferentes tamaños. La localización que aúna más publicaciones es la cara, en especial la región malar, y el tamaño de los defectos reconstruidos va desde 1,5 cm hasta 14 cm. Ha sido comparada en modelos artificiales con otras plastias de transposición como el Limberg y ha demostrado menor distorsión de tejidos adyacentes, menor extirpación de piel sana y una longitud similar de las cicatrices. Se trata de una plastia de fácil realización y segura, cuya principal ventaja radica en que garantiza un cierre con baja tensión, algo que creemos fundamental y complicado de lograr en grandes defectos del tronco.

PC26. ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA MAYOR DERMATOLÓGICA Y SU IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

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

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

Introducción. El envejecimiento poblacional ligado al aumento de la esperanza de vida hace que el perfil de paciente que es intervenido de lesiones cutáneas sea mayoritariamente anciano, pluripatológico y polimedcado.

Objetivo. El objetivo consiste en evaluar las características de los pacientes intervenidos en el servicio de dermatología en régimen de cirugía mayor y su implicación en la práctica clínica.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor en el período comprendido de junio 2015 a mayo 2016 del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Resultados. Fueron intervenidos 259 pacientes, con una media de edad de 75,15 años, donde el 59,1% eran varones. Casi el 70% eran hipertensos, un tercio diabéticos y el 40% dislipidémicos. El 28,2% habían sufrido previamente algún evento cardiovascular. El 84,2% tomaba medicación crónica y más de la mitad de ellos tomaban 5 fármacos o más, destacando los antiagregantes (en casi el 30%) y los anticoagulantes (en un 13,9% de los pacientes medicados, estando 1 de cada 4 con algún nuevo anticoagulante).

Discusión. La cirugía mayor incluye pacientes que por diversos criterios precisan de un estudio y mayor control al que de forma habitual se realiza en las intervenciones de carácter ambulatorio. En nuestro estudio se han incluido aquellas variables relacionadas con el estado basal del paciente que pueden incrementar el riesgo de la cirugía y las posibles complicaciones derivadas de la misma. Por lo tanto, es fundamental el estudio previo de los pacientes donde la participación multidisciplinar de varias especialidades aborde aquellas situaciones más complejas. Sin embargo, como responsables últimos de la seguridad, está en nuestras manos comprobar que todo sea correcto y que se lleven a cabo todas las indicaciones médicas previas a la intervención.

PC27. COLGAJO CERVICO-FACIAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS AMPLIOS DE MEJILLA

R. Salido Vallejo, J.L. Sanz Cabanillas, C.M^a. Alcántara Reifs, M. González Padilla y A. Vélez García-Nieto

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

Introducción. Los defectos quirúrgicos amplios de mejilla pueden representar un reto reconstructivo en determinadas situaciones por las propiedades intrínsecas que dicha localización anatómica presenta.

Material y método. Varón de 71 años derivado por recidiva de carcinoma basocelular esclerodermiforme confirmada histológicamente en mejilla izquierda. Se programó para resección amplia y reconstrucción mediante colgajo cervicofacial.

Resultados. Se realizó una incisión a través de la región cigomática, preauricular y retroauricular, siguiendo un plano de disección subcutáneo. Posteriormente se amplió la disección hasta la región supraclavicular para facilitar el avance y rotación del colgajo. Se procedió a la aposición y sutura del colgajo, dejando un drenaje aspirativo. La histopatología confirmó la existencia de márgenes quirúrgicos libres de tumor.

Discusión. El colgajo cervico-facial es una opción reconstructiva empleada para defectos quirúrgicos de gran tamaño en mejilla o región temporal. Su disección puede ampliarse hasta la zona cervi-

cal o incluso torácica en función de la necesidad de rotación y avance que se precise. Diferentes autores sugieren que el plano de disección facial debe ser inferior al sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS) para asegurar el flujo sanguíneo y disminuir el riesgo de necrosis. Sin embargo, se han publicado datos en los que la tasa de complicaciones es igual en pacientes en los que se realiza la disección en un plano subcutáneo o por debajo del SMAS, siempre y cuando no sean fumadores, grupo en el que aumenta el riesgo de necrosis distal en los colgajos labrados en un plano subcutáneo.

Conclusiones. El colgajo cervico-facial es una opción reconstructiva muy versátil para el cierre de defectos amplios localizados en mejilla y región temporal. La utilización de un plano de disección por debajo del SMAS o subcutáneo dependerá tanto de las características del paciente como de la propia experiencia del cirujano.

PC28. DEFECTOS DE PEQUEÑO Y MEDIANO TAMAÑO DEL ALA NASAL. DIFERENTES OPCIONES DE RECONSTRUCCIÓN

I. Bernad Alonso^a, C. Martínez Zabala^b, E. Fernández Vilariño^a, P. García Morras^a y G. Simal Gómez^a

^aServicio de Dermatología. ^bMedicina de Familia y Comunitaria. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja. España.

Introducción. El ala nasal es una unida anatómica que puede presentar cierta dificultad en su reconstrucción por la anatomía característica de la nariz.

Casos clínicos. Se presentan varios casos clínicos de pacientes con defectos de pequeño y mediano tamaño en el ala nasal tras la exéresis tumoral. Se muestra iconografía y se plantean diferentes opciones reconstructivas.

Discusión. La reconstrucción de defectos del ala nasal supone muchas veces un reto terapéutico. Hemos de tratar de mantener la simetría y armonía de la nariz; así como su forma anatómica conservando el surco nasal. Hay varias opciones con las que se puede conseguir un buen resultado de una manera sencilla cuando se trata de defectos de pequeño y mediano tamaño. En nuestra elección influirán diferentes factores como la dimensión del defecto, su localización o las características anatómicas del paciente.

PC29. RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS QUIRÚRGICOS EN POLO CEFÁLICO CON COMBINACIÓN DE COLGAJOS LOCALES E INJERTOS LAMINARES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

N. Rodríguez Garijo, E. Moreno Artero, E. Querol Cisneros, A. Tomás Velázquez y P. Redondo Bellón

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

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en polo cefálico puede solventarse con diferentes técnicas: la granulación por segunda intención, colocación de injertos laminares, empleo de un colgajo libre vascularizado o la combinación colgajos locales. Tanto la granulación por segunda intención como la colocación de injertos laminares son técnicas de aplicación limitada. Asimismo, el empleo de colgajos libres supone una intervención quirúrgica larga y laboriosa con un área dadora y un postoperatorio complejo.

Material y método. Se presentan dos pacientes con reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en región frontoparietotemporal. Varón de 83 años con recidiva local en sien izquierda de fibroxantoma atípico intervenido previamente en dos ocasiones. Mujer de 42 años, trasplantada renal con enormes carcinomas espinocelulares exofíticos en frente y cuero cabelludo. En ambos pacientes se llevó a cabo exéresis de las lesiones con cirugía controlada al microscopio en parafina dejando grandes defectos con hueso expuesto sin periostio. Para la reconstrucción se utilizaron colgajos locales de

piel adyacente y un injerto laminar para cubrir el defecto generado por el desplazamiento de uno de los colgajos.

Resultados. Se ilustra mediante iconografía seriada las lesiones clínicas, los defectos quirúrgicos finales, los distintos pasos de la reconstrucción y el resultado final a corto, medio y largo plazo de ambos pacientes.

Conclusiones. Proponemos la reconstrucción mediante combinación de colgajos locales e injertos laminares en un único tiempo como alternativa a un colgajo libre vascularizado para cerrar grandes defectos quirúrgicos de polo cefálico. La asimetría ciliar o la transposición de piel pilosa son complicaciones estéticas menores que se pueden solucionar con otras técnicas dermatológicas.

LÁSER

PL1. TERAPIA FOTODINÁMICA CON LUZ DE DÍA EN QUERATOSIS ACTÍNICAS FACIALES

C. Ciudad Blanco, A. Ruedas Martínez y R. Suárez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción. La terapia fotodinámica (TFD) se ha mostrado como una alternativa eficaz para el tratamiento de las queratosis actínicas (QAs). Una de sus principales limitaciones es el dolor que pueden experimentar los pacientes, especialmente en zonas extensas en cara y cuero cabelludo. Sus ventajas son la comodidad de aplicación, que garantiza el cumplimiento terapéutico, y los resultados en eficacia con un buen perfil de seguridad. Con la TFD con luz de día, el dolor es mínimo o ausente, consiguiendo resultados similares a la TFD convencional.

Caso clínico. Se presentan dos casos de pacientes con QAs faciales. El caso 1 mostraba múltiples QAs e intenso daño actínico. Había realizado tratamiento con crioterapia, fórmula magistral con 5-fluoracilo 5%, TFD convencional y diclofenaco tópico, con mala tolerancia por irritación local e intolerancia por dolor. Tras 2 sesiones de TFD con luz de día tras aplicar crema con metil 5-aminolevulinato, mostró un aclaramiento de las QAs superior al 75% con buena tolerancia y sin dolor. El caso 2 presentaba múltiples QAs faciales, incluyendo el área palpebral. Había hecho tratamiento con crioterapia, diclofenaco tópico y TFD convencional con intolerancia por irritación local y dolor. Tras 1 sesión de TFD con luz de día, el aclaramiento fue superior al 50% con buena tolerancia por ausencia de dolor.

Discusión. La TFD con luz de día se posiciona como una buena alternativa terapéutica en pacientes con múltiples QAs y campo de cancerización, especialmente, en localizaciones extensas y áreas complicadas para uso de tratamientos tópicos irritativos como las zonas periocular o perioral. La aplicación es sencilla, con una menor duración del tratamiento y buena tolerancia por menos dolor, baja tasa de efectos adversos y buen resultado estético. En áreas muy extensas con intenso daño actínico, 2 sesiones de TFD con luz de día podrían conseguir mejores resultados terapéuticos.

PL2. LÁSER DE CO2 COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO POST-RADIOTERAPIA

P. Martín Carrasco, J. Domínguez Cruz, M. Dañino, R. Barabásh, M. Morillo y J. Conejo-Mir

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción. El carcinoma basocelular (CB) es el tumor más frecuente en el ser humano. Los factores etiopatogénicos incluyen las radiaciones ultravioletas y el tratamiento radioterápico. Cuando la

radioterapia es el factor etiopatogénico preponderante, es característica la aparición del CB en su variante pigmentada superficial y en forma de varias lesiones simultáneas en el área irradiada. Esta asociación es aún más patente cuando el paciente se encuentra afecto por algunas genodermatosis como es el síndrome del CB nevoide (síndrome de Gorlin). Aunque la exéresis quirúrgica suele ser el tratamiento de primera elección en este tumor, otras opciones han de ser planteadas en estos pacientes pues suelen presentar un gran número de lesiones, ocupando éstas áreas extensas y/o localizaciones de difícil acceso. El láser de CO₂ ha demostrado ser una alternativa eficaz en el tratamiento del CB, sobre todo en su variante superficial, permitiendo tratar múltiples lesiones de manera simultánea y aportando un muy buen resultado estético.

Material y método. Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con láser de CO₂ post-radioterapia en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde el 1 de enero de 2015 al 30 de septiembre de 2017.

Resultados. Se presentan 3 casos de pacientes con CBs pigmentados múltiples en el contexto de tratamiento radioterápico previo: una paciente con síndrome del CB nevoide a la que le aplicaron RT tras el tratamiento de un carcinoma de mama; una paciente a la que le aplicaron RT en la infancia para el tratamiento de una Tinea capitis; y una paciente con RT tras linfoma. Dado el elevado número de lesiones que presentaban y la extensa superficie corporal ocupada por las mismas, se optó por realizar tratamiento con láser de CO₂ de los CBs, consiguiéndose, tras varias sesiones, la eliminación de las lesiones con un adecuado resultado estético.

Conclusión. El láser de CO₂ es un tratamiento sencillo y eficaz para los pacientes con múltiples CBs pigmentados inducidos por el tratamiento con radioterapia.

PL3. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y TASA DE RECAÍDA EN EL TRATAMIENTO DE LAGOS VENOSOS CON LÁSER VASCULAR DE LONGITUD DE ONDA MÚLTIPLE

A. Cosano Quero, M. Roncero Riesco, L. los Arcos Sánchez, J. Cañueto Álvarez y C. Román Curto

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

Introducción. Los lagos venosos (LV) son lesiones vasculares benignas muy frecuente que suele afectar a personas mayores. Consisten en una ectasia de los vasos de la dermis superficial y para su tratamiento están indicadas diferentes técnicas tales como la criocirugía, la escisión y el láser.

Objetivo. Determinar la tasa de recurrencias de LV en pacientes tratados con láser Multiplex® PDL 595 nm/Nd:YAG 1064nm.

Pacientes y Método. Se recogieron retrospectivamente 75 pacientes (con un total de 90 lesiones) tratados de lagos venosos entre 2007 y 2012. Todos los pacientes fueron tratados con PDL 595-nm con una fluencia de 10 J/cm² seguido de Nd:YAG 1.064-nm a 70 J/cm², ambos durante 20 ms con un spot de 7 mm. Cincuenta y cinco pacientes (73,33%) fueron tratados con una sesión, 17 (22,67%) con 2, y 3 (4%) con 3 sesiones, separadas entre ellas una media de 6 meses.

Resultados. Los 75 pacientes revisados eran de raza caucásica, la razón mujer:hombre fue de 1,78 y la media de edad de 62 años. La mayoría de los pacientes presentaban una sola lesión pero hubo 10 casos de lesiones múltiples (de 2 a 4). La localización más frecuente fue el labio inferior (65,33%), seguido de labio superior (18,67%) aunque otras localizaciones (mejilla, lengua, sien y párpado) también fueron observadas. El tamaño medio fue 0,6 cm. Solo dos pacientes habían sido tratados previamente. Ningún paciente sufrió complicaciones graves. Once pacientes (14,67%) sufrieron recidiva del LV tras el tratamiento con una media de tiempo hasta la recaída de 5,45 años.

Conclusiones. El tratamiento de los LV con láser Multiplex® es una opción terapéutica rápida y segura con un bajo ratio de recidivas (0,17).

PL4. EFECTOS ADVERSOS TRAS FOTODEPILACIÓN EN PACIENTES CON FOTODERMATOSIS

B. Ferrer Guillén, M. M. Giácaman von der Weth, L. Cubells Sánchez, J. L. Sánchez Carazo y A. Pérez Ferriols

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

Introducción. La fotodepilación es un método efectivo y seguro de depilación. Sin embargo, no está exento de efectos adversos, la mayoría de los cuales leves y transitorios como hipo- o hiperpigmentación, edema perifolicular, eritema o costras.

Material y método. *Caso 1.* Mujer de 55 años presenta un rash pruriginoso en ambas piernas una hora tras su segunda sesión de fotodepilación con láser Alejandrita y de más de una semana de evolución. Durante su primera sesión experimentó un rash más leve que se resolvió espontáneamente. Tenía historia de brotes de pápulas eritematovioláceas en ambas piernas coincidiendo con las primeras exposiciones solares en verano, de más de una semana de evolución, sugestiva de erupción lumínica polimorfa. *Caso 2.* Mujer de 44 años presenta máculas eritematopurpúricas en ambas piernas una hora tras su octava sesión de fotodepilación con láser Diodo. Tenía historia de lupus eritematoso sistémico.

Resultados. *Caso 1.* Las pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC, test abierto con el gel conductor y fotoparche con la batería estándar europea resultan negativas. El fototest en la pierna derecha muestra respuesta anómala a UVA en la lectura inmediata con 15 J/cm². La paciente se vuelve a exponer a láser Alejandrita en un área pequeña en el muslo y tras una hora desarrolla las mismas lesiones limitadas al área expuesta. La biopsia muestra infiltrado perivascular superficial y profundo fundamentalmente linfocítico asociado a depósitos azulados intersticiales y perifoliculares que se tiñen con hierro coloidal correspondientes a mucina. Se realiza el diagnóstico de mucinosis papular inducida por láser Alejandrita en paciente con erupción lumínica polimorfa. *Caso 2.* La biopsia muestra infiltrado perivascular superficial y profundo con extravasación de hematíes, áreas de leucocitoclástica e hialinización de las paredes vasculares. Se realiza el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica inducida por láser Diodo en paciente con lupus eritematoso sistémico.

Conclusiones. Presentamos los 2 primeros casos de mucinosis papular y vasculitis leucocitoclástica inducida por fotodepilación en pacientes con fotodermatosis (erupción lumínica polimorfa y lupus eritematoso sistémico).

PL5. TRATAMIENTO EXITOSO DE LA ENFERMEDAD DE DARIER CON LÁSER DE COLORANTE PULSADO

C. Pindado Ortega, P. Fernández González, D. de Perosanz Lobo, B. Pérez García y P. Boixeda de Miquel

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

Introducción. La enfermedad de Darier-White (EDW) es una genodermatosis de herencia autosómica dominante con penetrancia variable, causada por mutaciones en el gen ATP2A2 localizado en el locus 12q23-q24.1 del cromosoma 12. Clínicamente, la EDW se presenta en forma de pápulas hiperqueratósicas que se localizan de forma simétrica en áreas seboreicas y pueden asociarse a un picor y un olor distintivo, que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos tradicionales para la EDW incluyen retinoides tópicos, calcipotrieno y 5-fluorouracilo; dermoabrasión, terapia fotodinámica y retinoides orales. Presentamos los resultados después del tratamiento con láser de colorante pulsado (LCP) en una paciente refractaria a tratamiento tradicional.

Caso clínico. Mujer de 23 años en seguimiento desde hacía más de 10 años por EDW diagnosticada histológicamente. Había realizado tratamiento con queratolíticos, corticoides tópicos y orales, acitret-

tino y alitretinoína con mal control de la enfermedad. La paciente fue sometida a tratamiento con LCP de 595 nm usando ajustes purpúricos (duración del pulso 0,5 ms, tamaño del punto 10 mm, fluencia 7,5-8 J/cm²). El tratamiento fue repetido cada 10-12 semanas. No se observaron cicatrices ni trastornos pigmentarios.

Discusión. Aunque tradicionalmente el LCP se ha utilizado para el tratamiento de lesiones vasculares, debido a su alta absorción por la oxihemoglobina, también ha demostrado utilidad en muchas otras enfermedades inflamatorias. El mecanismo de acción no ha sido aclarado, pero se propone podría ser el resultado de la acción sobre el componente vascular de las lesiones y de su propiedad inmunomoduladora. El tratamiento con LCP es una terapia eficaz, de fácil acceso y poco utilizada en el tratamiento de la EDW.

PL6. TRATAMIENTO COMBINADO DEL RINOFIMA MEDIANTE ELECTROCIRUGÍA Y LÁSER CO2

M. González de Arriba, J.C. Santos Durán, M. Yuste Chaves y M^a.T. Alonso San Pablo

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. El rinofima es un proceso desfigurante caracterizado por hiperplasia e hipertrofia de las glándulas sebáceas así como proliferación del tejido conectivo y vasos sanguíneos, provocando induración y deformidad de la piel de la nariz, que puede ocasionar problemas funcionales. Presentamos un caso de tratamiento combinado con electrocirugía y láser CO2.

Caso clínico. Paciente varón de 63 años, hipertenso que consulta por engrosamiento progresivo de la nariz. A la exploración se evidencia engrosamiento de la nariz, que provocaba la deformidad de sus contornos, comprometiendo narinas y ocasionando su colapso. Se realizó tratamiento mediante electrocirugía y láser de CO2, ambos en quirófano bajo anestesia local con mepivacaína 1%. Se utilizó electrobisturí unipolar en modo corte y 40 W. Se curvó el terminal y se realizó una decorticación del tejido. Se procedió al modelado final con láser CO2 en modo scan, con spot de 5 mm y 15 W, realizando 6 pases. La herida se cubrió con mupirocina. El paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria, evidenciándose una adecuada reepitelización tras 5 semanas.

Discusión. El éxito del tratamiento se basa en la profundidad de la decorticación, debiendo conservar la parte profunda de la unidad pilosebácea. El empleo de tratamientos combinados puede minimizar los riesgos asociados a cada una de las técnicas utilizadas. La electrocirugía es una de las técnicas más coste-efectivas. Su efecto se debe a la destrucción del tejido mediante el calor producido cuando la corriente que lo atraviesa encuentra resistencia eléctrica. La vaporización con láser CO2 también ha sido usada con resultados estéticos satisfactorios. Mientras que la electrocirugía permite realizar una decorticación más rápida y efectiva, produce una mayor dispersión de calor que el láser de CO2 siendo menos precisa. La vaporización capa a capa mediante láser de CO2 permite una mayor precisión y un modelado más adecuado del tejido hipertrofiado, optimizando resultados.

Videos en cirugía dermatológica

V1. TRATAMIENTO COMBINADO DE NEUROFIBROMA DIFUSO FRONTOPARIETAL CON EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA Y CIRUGÍA

E. Samaniego González^a, E. Varas Meis^a, A. Fernández Martínez^b, N. Eiris Salvado^a y M.Á. Rodríguez Prieto^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Radiología Vascul. Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

Introducción. El neurofibroma difuso es un tipo infrecuente de neurofibroma, generalmente grande. Se trata de un tumor mal definido, de crecimiento infiltrativo en dermis y tejido subcutáneo, localizado fundamentalmente en cabeza y cuello de pacientes jóvenes. El tratamiento es quirúrgico. Sin embargo, la exéresis del tumor puede ser un reto debido al riesgo de sangrado intraoperatorio por la importante vascularización interna que puede existir en estos tumores.

Caso clínico. Varón de 27 años que presenta una lesión congénita asintomática en la región frontoparietal izquierda, que se había abultado recientemente, causando protrusión en la ceja y párpado superior ipsilaterales. Presenta un tamaño de 16x11,5 cm, consistencia elástica y superficie marrón abollonada cubierta parcialmente por pelo terminal. Ecográficamente se observa una zona heterogénea en el tejido subcutáneo con señal doppler de alto flujo. La RM refleja una masa subcutánea con imágenes serpiginosas en relación con su vascularización y descarta alteración ósea e intracraneal. La arteriografía demuestra un aporte arterial fundamentalmente de una arteria frontal izquierda muy hipertrófica. La biopsia punch es compatible con neurofibroma difuso. Se lleva a cabo el tratamiento mediante embolización selectiva de la arteria frontal izquierda, responsable de la mayor nutrición de la lesión. Dos días después se realiza el tratamiento quirúrgico del tumor. El paciente evoluciona favorablemente, obteniéndose buenos resultados funcionales y estéticos.

Discusión. La embolización selectiva de las arterias nutrientes de los neurofibromas gigantes ha demostrado ser un procedimiento eficaz y seguro, facilitando la exéresis quirúrgica al disminuir las complicaciones hemorrágicas. Por ello, es recomendable la realización de una angiografía preoperatoria, sobre todo en lesiones de gran tamaño, como nuestro caso.

Conclusiones. Destacamos la importancia del abordaje multidisciplinar con la intervención de radiología vascular intervencionista previa a la cirugía en el tratamiento de estos tumores.

V2. COLGAJO EN PUZZLE

L. Francés Rodríguez, P. Lloret Luna, A. Ramírez Bosca y A. Martínez Torres

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España.

Introducción. Presentamos un caso quirúrgico en el que se utilizó el colgajo en puzzle para reconstrucción del defecto resultante.

Caso clínico. Varón de 76 años con carcinoma basocelular en dorso nasal, se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión y reconstrucción mediante el colgajo en puzzle.

Discusión. El colgajo en puzzle es un colgajo de avance que se usa para reconstruir defectos quirúrgicos pequeños en diversas localizaciones anatómicas. Es una opción especialmente útil para la reparación de lesiones en dorso nasal, pudiendo sustituir a los colgajos clásicos (Rintala, lobados, etc.) con menor desplazamiento de los tejidos.

V3. OPTIMIZACIÓN DEL CIERRE DIRECTO CON SUTURA BARBADA. UNA PERLA A CONOCER

R. Pigem, J. Pérez-Anker, A. Combalia, A. Vilalta y A. Bennàssar

Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Introducción. Las suturas barbadas (barbed suture) son monofilamentos reabsorbibles que tienen unas espículas tangenciales que permiten mantener la tensión de forma estable cuando se utilizan para sutura intradérmica.

Caso clínico. Presentamos en formato vídeo un caso de aplicación de sutura continua barbada aplicada en un defecto resultante de la ampliación de 1 cm de margen en un melanoma invasor de Breslow 0,7 mm localizado en la escápula. Hemos elegido esta zona anató-

mica para demostrar la capacidad que tiene este tipo de sutura para obtener un buen resultado estético de la cicatriz. Mostramos resultado a los 3 meses de la intervención.

Discusión. Pensamos que es un tipo de sutura cómodo y fácilmente aplicable en ciertos casos. La principal ventaja es que mantiene la tensión para la cicatrización muy bien durante las primeras semanas y es una sutura que no precisa ser retirada, con lo que se pueden disminuir el número de visitas. Se pueden obtener unos resultados muy interesantes siempre recordando ciertas limitaciones. Sin duda es un recurso que el dermatólogo debería conocer para añadir si lo considera a su práctica quirúrgica habitual.

V4. TIRA TARSAL LATERAL PARA CORRECCIÓN DEL ECTROPIÓN EN PACIENTE CON ICTIOSIS LAMELAR

A. Martínez López^a, L. Salvador Rodríguez^a, S. Arias Santiago^a, C. Gálvez Prieto-Moreno^b y J. Tercedor Sánchez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción. Las ictiosis son un grupo heterogéneo de genodermatosis que aparecen como consecuencia de trastornos de la queratinización, produciendo engrosamiento, fisuración y descamación cutánea.

Caso clínico. Un paciente de 48 años, con antecedentes personales de ictiosis lamelar en tratamiento con acitetrino, desarrolló un ectropión bilateral progresivo en ambos párpados inferiores, sin asociar alteraciones corneales. Bajo sedación del paciente se llevó a cabo la infiltración de bupivacaína 2% asociada a epinefrina 1:100.000 en el canto externo y en el reborde infraorbitario para favorecer la hemostasia. Posteriormente, se realizó una cantotomía lateral mediante incisión de 1 cm con bisturí frío. Tras esto, se empleó el bisturí eléctrico con punta de colorado para la separación de la conjuntiva tarsal del músculo orbicular y la piel palpebral, realizando disección con tijera. Una vez realizada la separación entre los distintos tejidos se incidió con la tijera, realizando el labrado de la tira tarsal. Tras una cuidadosa hemostasia empleando la punta de Colorado se realizó sutura con monofilamento no reabsorbible (Nylon 6/0), anclando la tira al periostio de la cara interna de la pared orbitaria lateral. El resultado postoperatorio permitió una adecuada movilización ocular, y el seguimiento postoperatorio no mostró recidiva del ectropión tras 6 meses de seguimiento.

Discusión. La ictiosis lamelar suele asociarse a ectropión en formas avanzadas, pudiendo favorecer la aparición de conjuntivitis crónica y queratinización o cicatrización corneal. En la actualidad, la tira tarsal lateral es la técnica de elección para la corrección del ectropión, dada la rápida rehabilitación y los buenos resultados funcionales y estéticos que produce.

V5. RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL INFERIOR MEDIANTE “COLGAJO TRIANGULAR DE MUTAF”

P. Fernández Canga, E. Varas Meis, J. Castiñeiras González, M. Espasandín Arias y M.Á. Rodríguez Prieto

Complejo Asistencial Universitario de León. León. España.

La región infraorbitaria es una subunidad única, próxima a estructuras de importancia funcional y estética como el párpado inferior, el ala nasal y la comisura oral. El riesgo en la alteración de las mismas complica la reconstrucción de defectos quirúrgicos. La principal causa de distorsión es la tracción, secundaria a cierres con excesiva tensión o a la formación de cicatrices retráctiles. Además, la ausencia de pliegues en los que camuflar las cicatrices en esta región, supone una dificultad sobreañadida. El “colgajo triangular de Mutaf”, descrito en 2011 por Mutaf et al., se basa en el uso de

dos colgajos triangulares de transposición planteados como una Z-plastia desigual. Para su diseño, el defecto a reparar debe convertirse en un triángulo isósceles de base superior. A partir de este y teniendo en cuenta sus medidas, se deben dibujar dos triángulos opuestos. Uno será traspuesto para cubrir el defecto original y el segundo servirá para cubrir el defecto de la zona dadora. Presentamos, a través de un vídeo quirúrgico, nuestra experiencia en la realización del “colgajo de Mutaf” en un paciente con un defecto de gran tamaño en el párpado inferior tras cirugía de Mohs de un carcinoma basocelular.

V6. RECONSTRUCCIÓN SUBTOTAL DE LA PIRÁMIDE NASAL

A. Romo Melgar, C. Román Curto, I. Tormo Alfaro, N. Villamarín Bello y L. Sánchez los Arcos

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción. El carcinoma basocelular es la causa más frecuente de defectos cutáneos que precisan reconstrucción por parte del dermatólogo. Algunos de estos casos suponen un reto quirúrgico.

Caso clínico. Exponemos el caso de una paciente de 55 años que, tras extirpación de un carcinoma basocelular en la nariz mediante cirugía de Mohs, presentaba un defecto que afectaba a la práctica totalidad de la extensión de la piel del dorso nasal, así como a los tejidos subcutáneos, mucosa, tabique nasal y huesos propios subyacentes. La reconstrucción se llevó a cabo mediante colgajos en charnela para el revestimiento interno, un injerto de cartilago para el tabique nasal y un colgajo frontal paramediano para el revestimiento externo.

Discusión. Nuestro caso supone un desafío para el dermatólogo quirúrgico, ya que incluye un tumor de difícil tratamiento, y una reconstrucción muy compleja por medio de varios colgajos e injerto de cartilago, con buenos resultados funcionales y estéticos. La técnica se detalla por pasos para un mayor interés didáctico.

V7. CIRCUNCISIÓN: INDICACIONES Y TÉCNICAS

F.J. Vázquez Doval

Dermaclinic. Logroño. La Rioja. España.

La circuncisión es una técnica que tiene como objetivo dejar al descubierto el glande. Al contrario que la postectomía la cual crea un orificio prepucial más grande por el que puede emerger el glande. La circuncisión se utiliza para resolver múltiples patologías como: las balanitis de repetición (irritativas, glucosúricas, urémicas), balanitis plasmocelular, liquen escleroatrófico, penfigoide mucosinequante, prevención de carcinomas epidermoides del glande, etc. En el vídeo que presentamos mostramos, con algunas modificaciones, la clásica técnica de Thiersu.

Descripción de la técnica. a. Comprobar que se ha realizado una correcta anestesia del extremo distal del pene. b. Dos mosquitos rectos se sitúan en el punto medio del límite distal dorsal del prepucio y otro mosquito a nivel del frenillo. c. Se marca una línea en el prepucio que rodee todo el pene, que sea paralela al surco balanoprepucial y que quede por encima del meato uretral con la piel del prepucio extendida. d. Se secciona transversalmente la piel del prepucio con el bisturí y se retrae proximalmente hasta el surco balano prepucial. e. Incisión en la línea media dorsal de la porción cutánea del prepucio. Este corte deja al descubierto la superficie de la mucosa prepucial que igualmente se incide dejando definitivamente libre el glande. f. Se corta toda la mucosa del prepucio siguiendo una línea paralela a 5 mm del surco balanoprepucial. Estos 5 mm de mucosa se dejan para poder practicar con facilidad la sutura a la piel prepucial previamente descendida. g. Hemostasia rigurosa de la zona cruenta particularmente en el frenillo donde se localiza la arte-

ria del mismo nombre. h. Sutura del borde cutáneo con el mucoso. Es aconsejable colocar 3-5 puntos guía que tras su anudado se dejarán con los cabos largos pinzados con mosquitos. El resto de la sutura simple interrumpida se realizará con meticulosidad afrontando los bordes cruentos. De esto dependerá la rapidez de la curación, la funcionalidad del pene y la estética del mismo. i. Los 3-5 pares de cabos largos se emplean para sujetar un apósito cilíndrico de tul graso que rodeará la sutura protegiéndola y evitando el sangrado.

V8. UTILIDAD DEL APÓSITO TERMOPLÁSTICO EN EL INJERTO CUTÁNEO DE PIEL TOTAL

O. Sanmartín Jiménez, B. Llombart Cussac, C. Requena Caballero, C. Serra Guillén y C. Guillén Barona

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

Los apósitos atados, ya sea con esponja o gasas, para la sujeción de injertos cutáneo son la técnica más empleada en este procedimiento. No obstante, su uso origina algunos inconvenientes tales como mayor dificultad en la sutura, largo tiempo quirúrgico, apósitos voluminosos que en determinadas localizaciones son muy molestos, acúmulo de secreciones en el apósito con incremento del riesgo de infección, eversión de los bordes del injerto y gran dificultad cuando el injerto se localiza en zonas convexas. El uso de un apósito termoplástico constituye una considerable ventaja en la sujeción de los injertos libres. Permite una rápida sutura, evita apósitos voluminosos, se acopla perfectamente a zonas convexas como la nariz y permite la eliminación de secreciones durante el periodo de curas. Este procedimiento ha sido utilizado en nuestro servicio desde hace 20 años y ha permitido sustituir por completo a los apósitos atados tradicionales.

V9. COLGAJO BILOBULADO NASOGENIANO DE TRASPOSICIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE ESPESOR TOTAL DE LA PARED NASAL

L. Sánchez los Arcos, S. Blanco Barrios, M^a.C. Fraile Alonso, A. Cosano Quero y J.C. Santos Durán

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

Introducción. La reconstrucción de grandes defectos quirúrgicos en la pared lateral y el ala nasal puede resultar compleja, fundamentalmente debido a la escasa distensibilidad de la piel de esta zona, su morfología tridimensional y a que, en muchas ocasiones, precisa realizar colgajos complejos en varios tiempos quirúrgicos. El colgajo bilobulado puede simplificar la técnica reconstructiva en estos casos.

Caso clínico. Presentamos un varón de 81 años con un carcinoma epidermoide en ala nasal derecha de 3x2 cm, que infiltraba la pared y gran parte del ala nasal. Se llevó a cabo su extirpación mediante resección en bloque incluido plano mucoso. Para su reconstrucción, se diseñó un colgajo bilobulado nasogeniano de trasposición, plegando el primer lóbulo para reparar todo el espesor del defecto. Se fijó en primer lugar el vértice interno del colgajo y se adaptó mediante sutura submucosa reabsorbible toda la cubierta interna. Tras ello, se cerró el plano cutáneo acoplando los lóbulos al defecto. Finalmente, se colocó un taponamiento nasal para reducir el sangrado en el postoperatorio inmediato.

Conclusión. El colgajo bilobulado representa una excelente opción quirúrgica en defectos de espesor total de la pared nasal, permitiendo su reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico, de forma sencilla, con escasas complicaciones dado su amplio pedículo y con un buen resultado estético y funcional.

V10. DOBLE MATRICECTOMÍA CON COLGAJO EN DOBLE Z-PLASTIA MODIFICADO PARA LA CORRECCIÓN DE LA UÑA EN PINZA

H. Cembrero Saralegui^a, E. Vargas Laguna^a, A. Imbernón Moya^a, M. Martínez Pérez^a y F. Russo de la Torre^b

^aHospital Severo Ochoa. ^bHospital Punta de Europa. Madrid. España.

Introducción. No existe un tratamiento estándar para la corrección de la uña en pinza. Los métodos conservadores son tratamientos largos y con una alta tasa de recurrencias, frente a los quirúrgicos que son más eficaces aunque con mayor número de complicaciones. Presentamos un colgajo en doble Z plastia modificado asociado a doble matricectomía para la corrección de uña en pinza en primer dedo del pie.

Material y método. Tras anestesia troncular con mepivacaína al 2% se hace torniquete con dedo de guante. Se realiza una avulsión proximal de la lámina ungueal previo despegamiento del lecho ungueal adherido a la lámina. Posteriormente se efectúa una doble matricectomía extirpando ambos cuernos laterales de la matriz ungueal. Se eleva el lecho como un colgajo proximal para exponer el osteofito de la falange distal. Con un bone rongeur se extirpa el osteofito y se elimina el tejido cicatricial del hiponiquio. Se diseñan dos colgajos de trasposición en Z en el pulpejo del dedo desde el hiponiquio hasta los pliegues laterales que se disecan llegando a subperiostio y posteriormente se trasponen como en la clásica Z plastia. Se sutura y se coloca una uña artificial.

Discusión. Existen diversos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la uña en pinza, desde técnicas más sencillas como dobles matricectomías químicas o quirúrgicas, hasta diversos colgajos que intentan ensanchar el lecho ungueal distal. En esta última técnica, es importante la eliminación del osteofito de tracción que se forma en la falange distal, para aplanar el lecho ungueal y así permitir un correcto crecimiento de la lámina ungueal.

Conclusión. La doble Z plastia modificada asociada a la extirpación del osteofito de tracción con una doble matricectomía constituye una opción terapéutica más para las uñas en pinza, buscando corregir los mecanismos fisiopatológicos que inducen la uña en pinza.

V11. RECONSTRUCCIÓN DE LABIO INFERIOR MEDIANTE COLGAJO DE KARAPANDZIC

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

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Introducción. La reconstrucción quirúrgica del labio inferior requiere de un adecuado conocimiento de su anatomía para conservar, en la medida de lo posible, su funcionalidad con un aceptable resultado estético. Presentamos el caso de un paciente en el que para la reconstrucción de un gran defecto de labio inferior se empleó un colgajo de Karapandzic. Se trata de un colgajo musculocutáneo de rotación del labio y la mejilla que puede realizarse unilateral o bilateralmente.

Caso clínico. Varón de 86 años que presentaba un tumor de rápido crecimiento en labio inferior de 3,5 cm de tamaño. Tras la extirpación se diseñó un colgajo de Karapandzic unilateral. Se talló el colgajo siguiendo el surco mentolabial desde el borde inferior del defecto quirúrgico hacia fuera hasta alcanzar de forma ascendente el surco nasolabial. Se llevó a cabo el cierre por planos del defecto, empleando en el plano mucoso y subcutáneo sutura reabsorbible y usando, en nuestro caso, seda en piel. El estudio histopatológico del tumor confirmó el diagnóstico de carcinoma sebáceo.

Discusión. La reconstrucción de labio mediante la técnica de Karapandzic resulta una opción útil y versátil en el caso de afrontar el tratamiento quirúrgico de tumores que supongan más del 35%, sobre todo en el labio inferior e idealmente cuando el defecto sea

central. Entre las ventajas de esta técnica se encuentran que se puede realizar en un solo procedimiento, es rápida y segura, ya que mantiene un pedículo vasculonervioso y proporciona buenos resultados funcionales y estéticos. Su principal inconveniente es la producción de microstomía, que se produce en etapas tempranas, mejorando gradualmente con el tiempo.

V12. CIRUGÍA DE MOHS DIFERIDO EN DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EN LA NALGA

C. Serra Guillén, B. Bancalari Simón y C. Guillén Barona

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

Introducción. El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo poco frecuente, que se caracteriza por presentar un crecimiento lento infiltrativo con una alta tasa de recidivas locales pero con baja capacidad metastásica. La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección para el DFSP. Es preciso tener en cuenta que el modo de crecimiento del DFSP, mediante

proyecciones digitiformes, lo convierte en un tumor muy asimétrico, cuya extensión subclínica puede llegar a gran distancia del centro del tumor.

Caso clínico. Una mujer de 60 años que presenta una placa marrón indurada, asintomática, de 4x4 cm de diámetro, localizado en nalga izquierda. Refería presentar la lesión desde hace aproximadamente 5 años, de lento crecimiento. Una biopsia inicial confirma un DFSP, por lo que se realiza cirugía de Mohs diferida, con realización de debulking de la masa tumoral, y un primer estadio con 1 cm de margen en 45°, incluyendo todo el tejido celular subcutáneo, llegando hasta la fascia muscular. El primer estadio fue analizado en diferido, resultando finalmente negativo. El cierre se realizó por planos, manteniendo las referencias en su sitio. No se requirieron intervenciones posteriores.

Conclusión. La cirugía de Mohs diferida es la técnica de elección utilizada actualmente para el tratamiento del DFSP, con recidivas del 0,8.3%, porcentajes muy inferiores a los encontrados en cirugía con márgenes amplios. Esta técnica además ahorra considerable cantidad de tejido libre de tumor en comparación a la cirugía convencional, por el crecimiento infiltrativo de la tumoración.